

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

A CAPACIDADE FUNCIONAL E O PERFIL DE AUTOCAUIDADO
DA PESSOA COM AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ana Carolina Silva Aranda André

Porto I 2016

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

A CAPACIDADE FUNCIONAL E O PERFIL DE AUTOCUIDADO
DA PESSOA COM AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação académica orientada pela Professora Doutora
Alzira Teresa Vieira Martins Ferreira dos Santos e co-orientada
pela Professora Maria Narcisa da Costa Gonçalves

Ana Carolina Silva Aranda André

Porto | 2016

AGRADECIMENTOS

A realização deste percurso não seria possível sem algumas pessoas que, de diferentes maneiras, possibilitaram o seu êxito. Neste momento, expresso o meu agradecimento pelo seu contributo para a conclusão de mais uma etapa.

À Professora Doutora Teresa Martins, pela simpatia, dedicação, disponibilidade, brevidade das suas respostas às minhas solicitações e momentos de aprendizagem partilhados na orientação deste trabalho.

À Professora Narcisa Gonçalves, pela colaboração e disponibilidade na coorientação.

A todos os utentes que participaram neste estudo, pela disponibilidade apresentada, tanto no internamento como quando já se encontravam no domicílio. Sem eles não teria sido possível.

À enfermeira Virgínia Pereira e aos enfermeiros da Cirurgia Vascular do CHSJ, pela amizade e apoio ao longo desta jornada.

Ao Pedro, por ser a melhor companhia que eu poderia ter, por todos os seus conselhos e pelo amor.

Ao meu pai, pela motivação e por ser sempre o primeiro a acreditar em mim!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD - Atividade básica de vida diária

ABVD's – Atividades básicas de vida diária

AIVD's – Atividades instrumentais de vida diária

AVD's - Atividades de vida diária

BES - Bem-estar subjetivo

CHSJ - Centro Hospitalar de São João

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DAOP - Doença arterial obstrutiva periférica

DAP- Doença arterial periférica

DC - Doença cardíaca

DCV – Doença cerebrovascular

DM - *Diabetes mellitus*

HTA - Hipertensão arterial

IBP- Índice de bem-estar pessoal

IPTB - Índice de pressão tornozelo-braço

IRC- Insuficiência renal crónica

IRCT - Insuficiência renal crónica terminal

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCHDE - Self-care of home-dwelling elderly

SVG - Satisfação com a vida em geral

TMT - Transmetatársica

VO_{2peak} – Capacidade aeróbia máxima

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 0. INTRODUÇÃO..... | 19 |
| FASE CONCETUAL..... | 23 |
| 1. A AMPUTAÇÃO POR ETIOLOGIA VASCULAR..... | 25 |
| 1.1.A doença arterial periférica..... | 25 |
| 1.2.A amputação do membro inferior..... | 30 |
| 1.3.A capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior..... | 33 |
| 1.4.Dados epidemiológicos e custos associados..... | 38 |
| 2. O PERFIL DE AUTOCUIDADO..... | 41 |
| 2.1.O conceito de autocuidado..... | 41 |
| 2.2.Os perfis de autocuidado..... | 43 |
| 3. O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO E A PESSOA AMPUTADA..... | 47 |
| FASE METODOLÓGICA..... | 51 |
| 4. MATERIAL E MÉTODOS..... | 53 |
| 4.1.Justificação do estudo..... | 53 |
| 4.2.Finalidade e objetivos..... | 54 |
| 4.3.Desenho de investigação..... | 54 |
| 4.3.1. TIPO DE ESTUDO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO..... | 55 |
| 4.3.2. PARTICIPANTES..... | 56 |
| 4.3.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO..... | 56 |
| 4.3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS..... | 59 |
| 4.3.5. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS..... | 62 |
| 4.3.6. ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS..... | 63 |
| 4.3.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 65 |
| FASE EMPIRICA..... | 67 |
| 5. RESULTADOS..... | 69 |
| 6. DISCUSSÃO..... | 87 |

| | |
|---|------------|
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 97 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 101 |
| ANEXOS..... | 109 |
| ANEXO I – Informação ao participante sobre o estudo..... | 111 |
| ANEXO II – Consentimento Informado..... | 115 |
| ANEXO III – Formulário de caracterização da amostra..... | 119 |
| ANEXO IV – Índice de Barthel..... | 123 |
| ANEXO V – Formulário de descrição dos Perfis de Autocuidado..... | 127 |
| ANEXO VI – Índice de Bem-estar Subjetivo..... | 133 |
| ANEXO VII – Autorização para utilização do Índice de Barthel..... | 137 |
| ANEXO VIII – Autorização para utilização do formulário de descrição dos Perfis de Autocuidado..... | 141 |
| ANEXO IX – Autorização para utilização do Índice de Bem-estar Subjetivo..... | 145 |
| ANEXO X – Autorização do Conselho de Administração do CHSJ para realização do estudo..... | 149 |
| ANEXO XI – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do HSJ/FMUP..... | 153 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1: Evolução da DAP..... | 26 |
| FIGURA 2: Classificação da DAP..... | 27 |
| FIGURA 3: Aproximação dos odds ratio (ORs) para os fatores de risco associados a DAP sintomática | 28 |
| FIGURA 4: <i>Profile</i> nos Estados Unidos da DAP com outras doenças vasculares | 29 |
| FIGURA 5: Localizações anatómicas da amputação do membro inferior | 31 |
| FIGURA 6: O iceberg do autocuidado..... | 43 |
| FIGURA 7: Interação entre os componentes da CIF..... | 48 |
| FIGURA 8: Fluxograma das fases do estudo..... | 63 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| GRÁFICO 1: Idade dos participantes por década de vida..... | 70 |
| GRÁFICO 2: Antecedentes pessoais dos participantes..... | 70 |
| GRÁFICO 3: Capacidade funcional no momento da alta e 1 mês após a alta clínica, tendo em consideração o género..... | 78 |
| GRÁFICO 4: SVG em função do género..... | 83 |
| GRÁFICO 5: Níveis de dependência e SVG..... | 85 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| QUADRO 1: Critérios de inclusão..... | 56 |
| QUADRO 2: Perfis de autocuidado e questões associadas..... | 60 |
| QUADRO 3: Interpretação dos valores das correlações..... | 64 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA 1: Operacionalização das variáveis..... | 57 |
| TABELA 2: Caracterização do género dos participantes..... | 69 |
| TABELA 3: Caracterização da idade e escolaridade dos participantes..... | 69 |
| TABELA 4: Outros dados sociodemográficos dos participantes..... | 71 |
| TABELA 5: Caracterização dos níveis de amputação e amputação contra-lateral prévia dos participantes..... | 72 |
| TABELA 6: Caracterização da dor manifestada pelos participantes..... | 72 |
| TABELA 7: Caracterização da intensidade da dor manifestada pelos participantes..... | 72 |
| TABELA 8: Caracterização da sensação fantasma manifestada pelos participantes..... | 73 |
| TABELA 9: Caracterização do tempo de internamento e dia pós-operatório (alta) dos participantes..... | 73 |
| TABELA 10: Níveis de dependência: no momento da alta hospitalar e 1M após..... | 74 |
| TABELA 11: Níveis de dependência nas atividades básicas de vida diária dos participantes..... | 75 |
| TABELA 12: Níveis de amputação e atividade básica de vida diária: andar/marcha ou deslocar-se..... | 76 |
| TABELA 13: Perfil de autocuidado dos participantes..... | 77 |
| TABELA 14: Caracterização do <i>score</i> do Índice de Barthel quanto ao género..... | 78 |
| TABELA 15: Matriz de correlação entre a idade e o tempo de internamento e a capacidade funcional..... | 79 |
| TABELA 16: Capacidade funcional e os níveis de amputação do membro inferior..... | 79 |
| TABELA 17: Teste paramétrico ANOVA: capacidade funcional e níveis de amputação..... | 80 |
| TABELA 18: Capacidade funcional e dor (ausência/presença) | 80 |

| | |
|--|----|
| TABELA 19: Perfil de autocuidado e a capacidade funcional..... | 81 |
| TABELA 20: Matriz de correlação de <i>Pearson</i> : <i>score</i> obtido nas questões para cada perfil de autocuidado e capacidade funcional..... | 82 |
| TABELA 21: Satisfação com a vida em geral e domínios do IBP dos participantes..... | 83 |
| TABELA 22: Matriz de correlação de <i>Pearson</i> : SVG, idade e escolaridade..... | 84 |
| TABELA 23: SVG e níveis de dependência..... | 84 |
| TABELA 24: Matriz de Correlação de <i>Pearson</i> : Respostas obtidas nos perfis de autocuidado e SVG..... | 85 |

RESUMO

A amputação do membro inferior é uma intervenção cirúrgica de caráter definitivo que, na maioria das vezes, resulta da progressão da doença arterial obstrutiva periférica e da diabetes *mellitus*. Acarreta para a pessoa consequências a nível físico, psicológico e social que se repercutem na sua qualidade de vida. A nível físico, são descritas alterações do equilíbrio, da mobilidade e, consequentemente, dependência na realização das atividades de vida diária.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação detém competências específicas, podendo através de uma avaliação funcional precoce e atividades de promoção do autocuidado, readaptação e reeducação funcional da pessoa amputada, diminuir o impacto da incapacidade. Este estudo pretende proporcionar um maior conhecimento sobre a capacidade funcional e o perfil de autocuidado na pessoa com amputação do membro inferior por etiologia vascular contribuindo para uma melhoria e adequação das práticas clínicas.

Foi desenvolvido um estudo de natureza exploratória, com recurso a metodologia quantitativa, com dois momentos distintos de avaliação, nomeadamente, a alta hospitalar e um mês após. A amostra foi constituída inicialmente por 50 participantes, que foram submetidos a amputação do membro inferior no serviço de Cirurgia e Angiologia Vascular do CHSJ, tendo sido possível reavaliar 36 um mês após. A colheita dos dados foi realizada entre janeiro a junho de 2016 recorrendo-se a um formulário de caracterização, ao Índice de Barthel, ao formulário de descrição dos Perfis de Autocuidado e ao Índice de Bem-estar Subjetivo.

A amostra era maioritariamente constituída por elementos do género masculino (64%) com uma idade média de 66,6 anos. Os antecedentes pessoais mais frequentes foram a doença arterial obstrutiva periférica (76%), a diabetes *mellitus* (74%) e a HTA (70%). Apuramos que cerca de 86% dos participantes recorrem ao conjugue ou aos filhos quando necessitam de apoio no autocuidado. Os níveis de amputações realizados foram 42% de dedos, 20% transmetatársicas, 14% abaixo do joelho e 24% acima do joelho. Os participantes melhoraram a sua capacidade funcional entre a alta e um mês após. As

atividades básicas de vida diária mais comprometidas na alta hospitalar foram: o tomar banho, o vestir-se, o subir e descer escadas, o andar/marcha ou deslocar-se e ir à casa de banho. Um mês após o tomar banho, o andar/marcha ou deslocar-se e o subir e descer escadas são as que mantêm maior dependência. O perfil de autocuidado dominante na amostra foi o de formalmente guiado (18%). Aferimos que o género feminino, a idade avançada, os níveis de amputação mais proximais e um perfil de autocuidado formalmente guiado ou de abandono condicionaram negativamente a capacidade funcional. Os participantes apresentam uma satisfação com a vida abaixo dos valores da população portuguesa.

A avaliação da capacidade funcional revela-se um contributo fulcral na abordagem da pessoa com amputação do membro inferior, para que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação possam contribuir efetivamente para o desenvolvimento de estratégias adaptativas que diminuam a dependência funcional no autocuidado. Também a identificação do perfil de autocuidado pode orientar as intervenções implementadas para cada pessoa.

Palavras-chave: Amputação; Membro inferior; Capacidade funcional; Perfil de autocuidado; Reabilitação

ABSTRACT

Functional ability and self-care profile on person with lower limb amputation

Lower limb amputation it's a definitive surgery that, mostly, it's due to peripheral arterial occlusive disease and diabetes. These situation leads to physical, psychological and social consequences affecting the quality of life. Physically are described impaired balance, mobility and, consequently, loss of autonomy.

Rehab nurses have specific skills that can, by a early functional assessment, self-care promotion, readaptation and re-education, reduce the impact of inability. These study aims to contribute for a better knowledge about functional capacity and self-care profile in lower limb amputees due to vascular aetiology, thus contributing for better clinical practices.

Was developed an exploratory study, using a quantitative methodology, in two distinct moments: hospital discharge and one month later. In the first moment participated 50 patients all of them submitted to lower limb amputation at Angiology and Vascular Surgery Unit of CHSJ. One month later was possible to re-evaluate 36 patients. Data collection was between January and June of 2016 using a characterization form, Barthel Index, Self-care of Home Elderly Scale and Personal Wellbeing Index.

The majority of the sample were males (64%) with a median age of 66,6 years. Most frequently morbidities were peripheral arterial occlusive disease (76%), diabetes (74%) and hypertension (70%). Was found that 86% of the patients have the help of the husband/wife for the self-care. Amputation levels were: 42% of foot fingers, 20% transmetatarsic, 14% below knee and 24% above knee. Participants improved their functional capacity between hospital discharge and one month later. The activities of daily living more affected at hospital discharge were: bathing, dressing, stairs, mobility and go to the bathroom. One month later, bathing, mobility and stairs are the most affected activities. The dominant self-care profile is formally guided (18%). We verified that female gender, age, high amputation level and a formally guided or a abandonment self-care profile have a negative influence on

functional capacity. Patients have a life satisfaction below the reference values for the portuguese population.

The functional capacity assessment it's a major contribution in the approach of the person with lower limb amputation. Thus, rehab nurses can develop adaptive strategies to reduce functional dependence in the self-care. Also, the knowledge of the self-care profile can guide the implemented interventions for each person.

Keywords: Amputation; Lower limb; Functional capacity; Self-care profile; Rehabilitation

INTRODUÇÃO

A Enfermagem de Reabilitação tem vindo a afirmar-se como uma mais-valia na prestação dos cuidados de enfermagem de excelência, uma vez que *“traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia”* (Regulamento n.º 350/2015). Encontrando-se apoiada em conhecimentos especializados na sua área de intervenção, requer uma prática que deve ser continuamente revista, continuamente questionada por forma a assentar a tomada de decisão baseada em evidências científicas.

O presente trabalho reporta-se a um estudo realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem do Porto e teve como alvo de atenção as pessoas submetidas a amputação do membro inferior. A amputação é uma intervenção cirúrgica com efeito permanente. Cerca de 80% das amputações são devidas à doença arterial periférica, a sua grande maioria envolve o membro inferior e 40% destas são realizadas em diabéticos (Marshall e Stansby, 2010). A pessoa submetida a amputação do membro inferior vivência alterações importantes a nível funcional, psicológico e social com repercussões na sua qualidade de vida. As amputações realizadas, de acordo com as etiologias referidas anteriormente, têm uma grande disposição para a incapacidade permanente e limitação funcional em todas as idades, mas principalmente para os mais idosos. A nível funcional são relatadas diminuição da mobilidade, dependência nas atividades básicas de vida diária e alterações do equilíbrio. Estas limitações vão também condicionar o desempenho de outras atividades tal como de papéis sociais, como o emprego, atividades de recreação e envolvimento na comunidade.

Considerando a amputação uma deficiência adquirida, é necessário traçar um plano de intervenção com a pessoa amputada e família de modo a facilitar a sua consciencialização, promovendo a sua adaptação a esta nova condição e fomentando um regresso ao domicílio mais independente e autónomo. O enfermeiro de reabilitação, e neste caso em particular,

o que exerce funções no internamento hospitalar vai ter um papel crucial nesta fase. Será com este profissional de saúde que inicialmente a pessoa amputada irá partilhar as suas principais limitações e desenvolver estratégias adaptativas. O início precoce de um programa de reabilitação pode diminuir o impacto da incapacidade e melhorar o prognóstico funcional e a qualidade de vida destas pessoas (Machado Vaz et al., 2012), constituindo assim, um desafio para os profissionais de saúde, pessoa amputada e família.

Consideramos que a avaliação da capacidade funcional da pessoa amputada, será um dos aspetos que permite não só o reconhecimento das principais dificuldades, mas também contribuirá para a implementação de intervenções direcionadas aos autocuidados que se encontram mais comprometidos. Também o conhecimento do perfil de autocuidado pode fornecer informação que possibilitará identificar as atitudes da pessoa em determinadas circunstâncias, permitindo assim a implementação de estratégias mais específicas. Segundo Backman e Hentinen (1999) muitos fatores, incluindo a saúde, a capacidade funcional, o bem-estar social e os cuidados de saúde, têm efeitos sobre a capacidade de uma pessoa idosa viver em casa, sendo um desses fatores, o autocuidado.

O presente trabalho teve por questão de partida: Qual a capacidade funcional e o perfil de autocuidado da pessoa com amputação do membro inferior de etiologia vascular e como evolui após a alta hospitalar? Pretendendo contribuir para um maior conhecimento sobre a capacidade funcional e o perfil de autocuidado na pessoa com amputação do membro inferior por etiologia vascular e dar subsídios para uma futura readequação das práticas clínicas hospitalares.

Foram definidos como objetivos deste estudo: perceber a relação da capacidade funcional com os atributos sociodemográficos e dados clínicos da pessoa com amputação do membro inferior; comparar a capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior, no momento da alta hospitalar e um mês após; analisar a relação entre a capacidade funcional com o perfil de autocuidado da pessoa com amputação do membro inferior; identificar a satisfação com a vida em geral da pessoa com amputação do membro inferior; analisar a relação entre a satisfação com a vida em geral e os atributos sociodemográficos e dados clínicos; analisar a relação entre a satisfação com a vida em geral e a capacidade funcional e analisar a relação entre a satisfação com a vida em geral e o perfil de autocuidado.

O trabalho encontra-se estruturado em três partes centrais. A fase conceitual, onde é abordada a amputação por etiologia vascular e o perfil de autocuidado. Analisa-se ainda o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação perante a pessoa amputada. A fase metodológica, onde apresentamos a justificação e o desenho de estudo,

incluindo as opções metodológicas que sustentaram o percurso de investigação, nomeadamente a definição das variáveis, os instrumentos e o procedimento utilizado na recolha de dados, a estratégia de análise dos dados e as considerações éticas. Em seguida, a fase empírica que contempla os resultados do estudo, que são apresentados tendo por organização as questões de investigação propostas e a discussão dos principais resultados desta investigação. Terminamos com as considerações finais.

FASE CONCETUAL

1. A AMPUTAÇÃO POR ETIOLOGIA VASCULAR

Neste capítulo será abordada a Doença Arterial Periférica (DAP), como doença crônica e a principal causa das amputações realizadas no membro inferior, concomitantemente ou não com a *Diabetes Mellitus* (DM). Pretende-se, assim, clarificar alguns aspetos desta patologia, tais como, os principais fatores de risco e dados epidemiológicos. Irão ainda ser abordados os níveis de amputação, bem como a capacidade funcional da pessoa amputada.

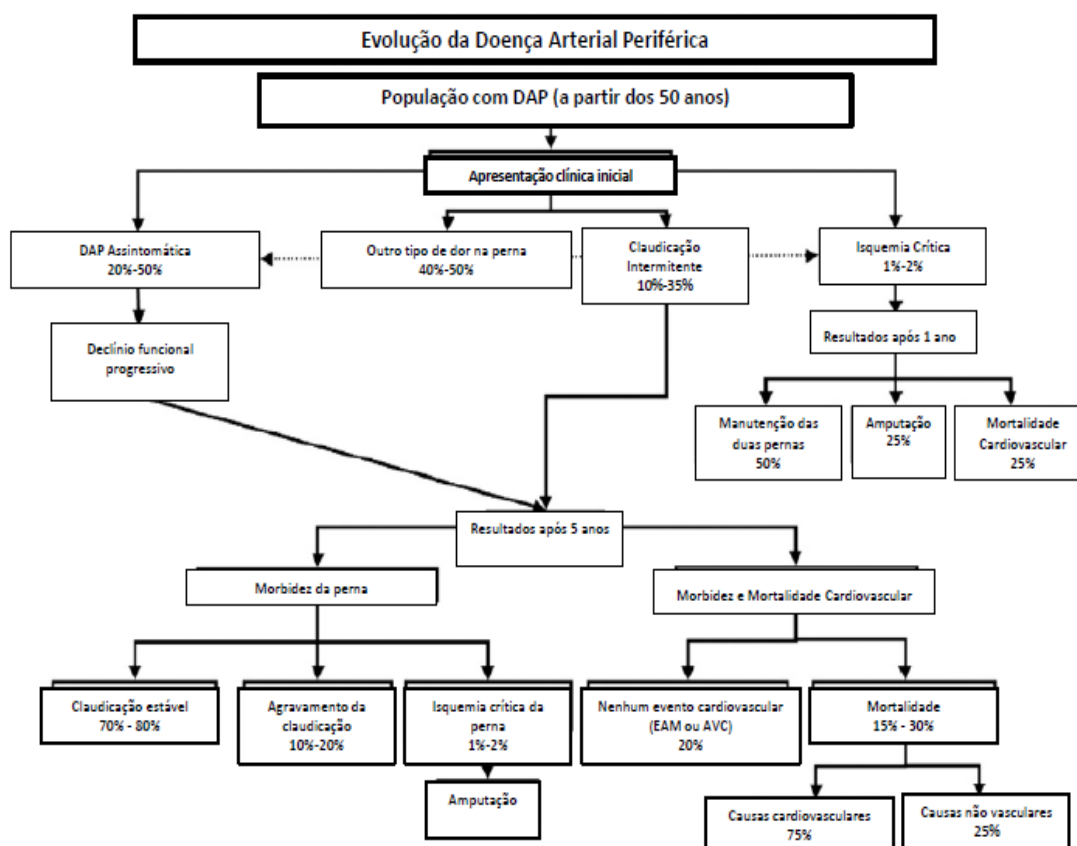
1.1. A doença arterial periférica

As doenças crônicas constituem a maior causa de incapacidade e uma das principais razões pela procura de cuidados de saúde e gastos no serviço nacional de saúde. Estas doenças, geralmente têm uma duração longa com progressão insidiosa dos sintomas e com um efeito profundo a nível físico, emocional e mental no bem-estar das pessoas, muitas vezes tornando difícil a realização das Atividades de Vida Diária (AVD's) e práticas profissionais. Deste modo, estão associadas a um aumento da incapacidade funcional e consequente diminuição da qualidade de vida.

A DAP geralmente é provocada pela presença de oclusão arterial, comprometendo o fluxo sanguíneo nos membros inferiores. Na maioria das vezes, está subjacente a este processo a doença arteriosclerótica. O mecanismo fisiopatológico que origina a insuficiência arterial é a estenose do vaso que evolui até à completa oclusão da artéria. Este acontecimento ocasiona também a formação de circulação colateral, de modo a tentar contrariar a diminuição do fluxo sanguíneo existente. Do ponto de vista clínico, a isquemia dos membros inferiores pode ser classificada como funcional ou crítica. A isquemia funcional ocorre quando o fluxo sanguíneo é normal em repouso mas insuficiente durante o exercício, apresentando-se clinicamente como claudicação intermitente (Serrano

Hernando e Martin Conejero, 2007). A isquemia crítica é produzida quando a redução do fluxo sanguíneo resulta no déficit da perfusão em repouso definindo-se na presença de dor em repouso, ulceração e gangrena, encontrando-se a perna em risco (Morbi e Shearman, 2015). O seu nível de envolvimento clínico depende de dois fatores: evolução do processo (agudo ou crónico) e da localização e extensão da oclusão arterial. A progressão da DAP de claudicação intermitente para dor em repouso, úlceras isquémicas ou gangrena pode ser gradual ou progredir rapidamente (Fig. 1). A isquemia aguda indica um desenvolvimento rápido com diminuição súbita da perfusão periférica, produzindo novos sinais e sintomas e ameaçando a viabilidade do membro, podendo ocorrer como resultado de um evento embólico ou uma trombose local. Mesmo com a utilização das mais recentes técnicas endovasculares, como a trombólise, algumas publicações reportam uma taxa de amputação de 10 a 30% durante 30 dias (Norgren et al., 2007). Como se verifica na figura 1, a realização de amputação e a mortalidade por causas vasculares ou não vasculares são realidades possíveis.

Figura 1 - Evolução da DAP



Fonte: Adaptado de Osinbowale e Milani (2011), aplicado por aplicado por Hirsch et al. (2006).

A DAP é facilmente reconhecida nas pessoas que apresentam dor em repouso ou ulceração, sendo mais difícil o seu reconhecimento quando estes sintomas não estão presentes. Com base nas manifestações clínicas apresentadas, duas classificações são utilizadas: a classificação de Fontaine e a classificação de Rutherford (Osinbowale e Milani, 2011) (Fig. 2).

Figura 2 – Classificação da DAP

| Sinais e Sintomas | Classificação de Rutherford | Classificação de Fontaine |
|--|-----------------------------|---------------------------|
| Assintomático, IPTB alterado | 0 | I |
| Claudicação Intermitente não incapacitante | 1 | IIa |
| Claudicação Intermitente incapacitante | 2 | IIb |
| Claudicação Intermitente severa | 3 | |
| Dor em repouso | 4 | III |
| Lesões tróficas | 5 | IV |
| Gangrena ou necrose | 6 | |

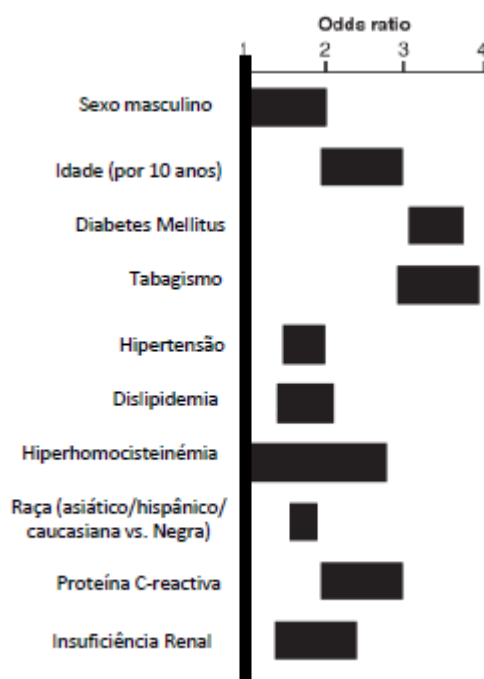
Fonte: Adaptado de Osinbowale e Milani (2011) aplicado por Hirsch et al. (2006)

O *gold standard* para o diagnóstico da DAP é a angiografia com contraste. Esta, sendo um procedimento invasivo, apresenta algumas desvantagens como a ocorrência de hemorragia, embolização e risco de insuficiência renal ou seu agravamento. O Índice de Pressão Tornozelo-Braço (IPTB) é amplamente utilizado na prática clínica, constituindo-se num método de diagnóstico não invasivo e pouco dispendioso. São considerados valores de IPTB inferior a 0,9 compatíveis com a presença de DAP, sendo que quanto mais baixo for o seu valor maior a severidade da restrição do fluxo sanguíneo e maior a gravidade da isquemia (Aronow, 2010). Os valores de IPTB superior a 1,3 são comuns em pessoas com DM, devido à calcificação das artérias, pois torna-se difícil a sua compressão aquando a realização deste exame (Federman e Kravets, 2007). No diagnóstico, para além desta avaliação, dever-se-á ter em consideração a presença dos fatores de risco associados a DAP.

Vários são os fatores de risco presentes na literatura para a DAP (Fig. 3), tais como: a raça negra, o sexo masculino, a idade avançada, o tabagismo, a DM, a Hipertensão Arterial (HTA), a dislipidemia e a Insuficiência Renal Crónica (IRC) (Morbi e Shearman, 2015). Outros autores acrescentam ainda o sedentarismo (Menezes et al., 2009), a hiperhomocisteinémia, os marcadores inflamatórios (Serrano Hernando e Martin Canejero, 2007; Conte et al., 2015), a obesidade (Morbi e Shearman, 2015) e a hiperviscosidade e hipercoagulabilidade (Norgreen et al., 2007; Federman e Kravetz, 2007). Cerca de 64% das amputações por etiologia vascular ocorrem em pessoas com 65 e mais anos (Ziegler-Graham et al., 2008). A

DM e o tabagismo apresentam-se fortemente associados a DAP, sendo que 90% das pessoas com esta patologia apresentam pelo menos um destes fatores de risco (Ferdeman e Kravets, 2007). Os fatores de risco da DAP são similares aos classificados para a doença arterial coronária, embora a importância relativa destes fatores pareça diferente (Conte et al., 2015).

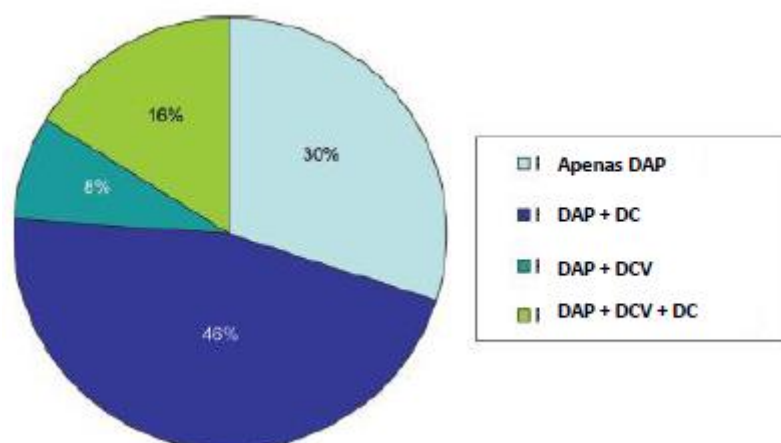
Figura 3 – Aproximação dos odds ratio (ORs) para os fatores de risco associados a DAP sintomática.



Fonte: Adaptado de Norgren et al. (2007)

A DAP não é uma doença localizada apresentando vários efeitos sistêmicos. As pessoas afetadas têm um maior risco de sequelas cardiovasculares ou morte após um ano do diagnóstico em comparação com a Doença Coronária (DC) ou Cerebrovascular (DCV) (Stehouwer et al., 2011). Esta patologia aumenta o risco de insuficiência cardíaca congestiva, acidentes isquêmicos transitórios e AVC isquêmico ou hemorrágico (Federman e Kravetz, 2007). Vários estudos têm demonstrado que mais de 50% das pessoas com DAP apresentam sintomas de DCV ou DC (Serrano Hernando e Martin Canejero, 2007). Estes dados vão ao encontro dos resultados de Mahoney et al. (2010) demonstrando a existência de uma doença polivascular em pessoas com DAP (Fig. 4).

Figura 4 - *Profile* nos Estados Unidos da DAP com outras doenças vasculares



Fonte: Adaptado de Mahoney et al. (2010)

Pessoas com DAP apresentam seis vezes maior risco de morrer de uma doença cardiovascular nos 10 anos seguintes do que pessoas sem DAP (Morbi e Shearman, 2015). As pessoas com isquemia crítica apresentam uma taxa de mortalidade anual de aproximadamente 25% (Federman e Kravetz, 2007).

O tratamento da DAP consiste, numa primeira linha, na modificação dos fatores de risco (tabagismo, dislipidemia, DM e HTA). A prática de exercício físico também é recomendada e, usualmente, estas pessoas iniciam terapêutica farmacológica específica. As intervenções cirúrgicas, como angioplastia ou *bypass* estão indicadas quando a incapacidade provocada pela isquemia interfere com o estilo de vida da pessoa, com a presença de dor em repouso, para evitar a amputação do membro, úlceras que não cicatrizam e quando existe infecção e/ou gangrena (Aronow, 2010).

Segundo Morbi e Shearman (2015), no momento do diagnóstico da DM, aproximadamente 8% das pessoas com DM tipo 2 já apresentam DAP e, após 25 anos a viver com esta patologia, o risco de desenvolver DAP aumenta 4,5 vezes. A presença de DAP em pessoas com DM está associada a 70 a 80% de risco de morrer de uma doença cardiovascular quando comparado com um diabético sem DAP. A etiologia da úlcera do pé diabético é multifatorial e envolve uma ação combinada entre a polineuropatia distal (motor, sensorial e autonómica), alterações da anatomia do pé, alterações funcionais da microcirculação e a DAP. A ulceração ocorre por pressão ou trauma no pé neuropático que poderá apresentar um défice na perfusão tecidual causado também pela DAP, dificultando assim a cicatrização. O processo de cicatrização da úlcera pode estar condicionado por fatores inerentes à DM incluindo a alteração da imunidade e das respostas inflamatórias. A

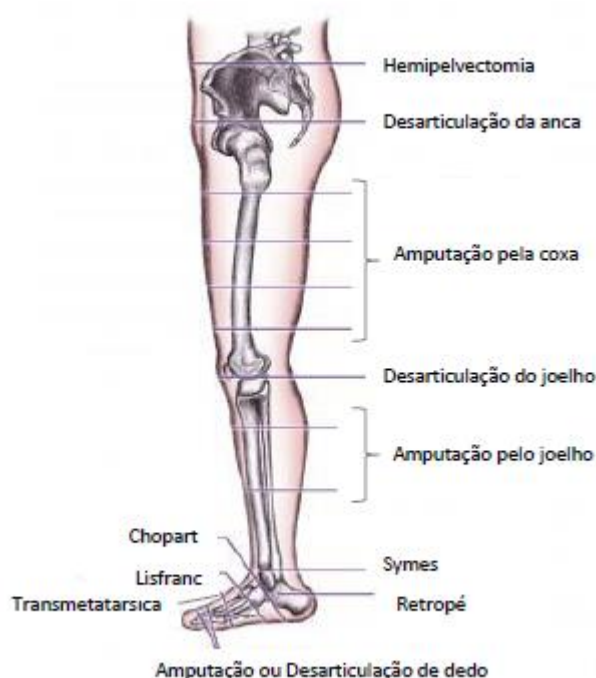
distribuição da DAP em pessoas com DM é normalmente distal e difusa com a presença de neuropatia somática, que promove o desenvolvimento da calcificação arterial a nível medial. A decisão de revascularização do membro com úlcera diabética parece complexa e tecnicamente difícil em virtude da distribuição distal da doença e da calcificação dos vasos.

1.2. A Amputação do membro inferior

A amputação do membro inferior pode ser resultante de várias etiologias, nomeadamente, traumatismo, neoplasia, infeção, DAP ou DM (Machado Vaz et al., 2012) com um grande impacto na vida da pessoa. No estudo realizado por Rolim et al. (2015) no Centro Hospitalar de São João (CHSJ) no serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, a DAP e a DM aparecem como fatores de risco com maior influência para amputação do membro inferior, sendo responsável por 87% dos casos, tendo sido incluídos no grupo da Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) também os doentes com DM. Vários estudos têm demonstrado que pessoas amputadas por doença vascular apresentam alto risco de reamputação (Ziegler-Graham et al., 2008).

As amputações podem ser classificadas como *minor*, quando incluem os dedos e parte do pé, ou *major* quando a cirurgia se estende para além das partes corporais referidas (Fig. 5). As amputações *minor* incluem as amputações de dedos, a amputação de *Ray* (amputação do dedo do pé com excisão de parte do metatarso), a amputação transmetatársica, amputação *Lisfranc* e a amputação de *Chopart*. A amputação a nível do tornozelo, como a de *Symes* é raramente indicada pela dificuldade de adaptação da prótese. As amputações *major* mais comumente realizadas são a amputação abaixo e acima do joelho. Outras amputações *major* realizadas são a amputação pelo joelho e a desarticulação da anca (Marshall e Stansby, 2010).

Figura 5 - Localizações anatômicas da amputação do membro inferior



Fonte: <http://img.medscapestatic.com/pi/meds/ckb/03/31303tn.jpg>

A amputação simples ou múltipla de dedos afeta biomecanicamente a função do pé, sendo que em pessoas com neuropatia diabética estas alterações geralmente ocasionam deformidades, pressão plantar e risco de ulceração, infecção e reamputação. O hallux e a secção média do pé apresentam uma grande influência na marcha e função. As amputações transmetatársicas, adequadas à condição da pessoa, preservam uma grande quantidade da base de apoio do peso, propiciando a propulsão do pé enquanto se mantém uma marcha relativamente energética-eficiente (Miller et al., 2014).

A seleção pelo nível de amputação deve ter cuidadosamente em consideração o sucesso no processo de reabilitação da pessoa, para além da gravidade da DAP, os tecidos lesados e a viabilidade dos mesmos. Cerca de 50% das pessoas submetidas a uma amputação *major* irão necessitar de uma amputação contra-lateral dentro de dois anos, sendo a sobrevivência da pessoa amputada por causa vascular de 31% nos cinco anos seguintes considerando as comorbilidades severas existentes (Marshall e Stansby, 2010). A reamputação para um nível mais proximal ou a amputação contralateral são realidades possíveis, sendo estas mais frequente nos amputados diabéticos (Dillinghan, Pezzin e Shore, 2005). Sempre que possível, a cirurgia de amputação deve preservar as articulações e estar

no terço médio do osso longo, permitindo assim espaço suficiente para adaptação da prótese (Robinson et al., 2010).

O nível de amputação está também relacionado com a qualidade de vida. Foram realizados estudos a pessoas amputadas tendo-se verificado, através do SF-36, uma relação inversa na componente física da escala com o nível de amputação (níveis de amputação mais proximal indiciam menor qualidade de vida) (V. Espinoza e S. Garcias, 2014).

O estudo realizado por Senra et al. (2011), de natureza qualitativa, revelou que a pessoa amputada apresenta sentimentos e ideias sobre a vida antes e após a perda do membro, tendo sido descritas mudanças na vida íntima e relacional, tais como: dificuldades nas AVD's, como perda de independência; sentimentos de inferioridade; problemas no bem-estar; mudanças negativas na sua vida e realizações profissionais; alteração da identidade; mudanças na vida afetiva ou sexual; e sentimento de abandonado por outros. Assim, a amputação representa um desafio para a pessoa, família e profissionais de saúde, pois acarreta uma perda irreparável com alteração da autoimagem, afetando o autoconceito, a capacidade física e, conseqüentemente, as perspectivas em relação ao futuro.

A amputação do membro inferior está também associada a dor, nomeadamente, dor fantasma, dor residual e lombalgias (Amtmann et al., 2015), estando frequentemente descrita em 65 a 75% das vezes. A analgesia epidural para amputações eletivas foi pensada para reduzir a probabilidade de desenvolvimento da dor neuropática no membro residual, contudo alguns estudos conduzidos referem a incapacidade de produzir esse efeito. No entanto, uma analgesia adequada no peri e pós-operatório é fulcral, não só para conforto da pessoa, mas também para assegurar a mobilização precoce, reduzindo o risco de contraturas, úlceras de pressão e doença tromboembólica (Robinson et al., 2010). Também o transtorno depressivo é descrito em 35% dos casos (Pantera et al., 2014).

A perda do membro inferior tem um impacto profundo nos indicadores de saúde físicos, mentais e emocionais. A avaliação destes indicadores fornece informações clinicamente significativas e podem proporcionar, de forma eficiente vários aspetos da saúde auto-relatados pela pessoa amputada. Neste contexto, os resultados de Amtmann et al. (2015) sugerem que as pessoas com perda de membro inferior geralmente apresentam pior função física, satisfação com os papéis sociais e interferência da dor quando comparado com a população em geral. Além disso, as pessoas com amputação por DAP apresentam pior função física e satisfação com papéis sociais do que as pessoas com amputação traumática.

Matheus e Pinho (2006) realizaram um estudo com pessoas amputadas por DAOP, utilizando como metodologia a teoria fundamentada dos dados e construindo o componente essencial *“Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou da amputação”*. Estes autores descrevem o processo vivenciado pela pessoa portadora de DAP, as consequências mórbidas desta doença, tais como, internamentos hospitalares longos e sucessivos, consultas e exames frequentes, dor devido à isquemia, gangrena e amputação. Referem que este processo vivencial se reflete em diferentes fases que mudam ao longo do tempo: *“Tendo a vida restrita pela dor”, “Sentindo-se condenado” e “Buscando retomar a vida”*. A dor isquêmica é referida como uma constante na vida da pessoa com DAP podendo originar o isolamento. Quando a amputação se torna uma necessidade inevitável, dado o risco de vida, os autores referem que as pessoas manifestam um sentimento de condenação, pois esta é uma alternativa tão restritiva quanto tem sido conviver com a dor e as suas consequências. Contudo *“ficar livre da dor mesmo perdendo um membro é o que acaba por servir como consolo, quando se decide por uma cirurgia que, aos seus olhos, é tão mutiladora quanto tem sido restritiva a sua vida (...)”* (p. 52). Após a amputação, a pessoa depara-se com alterações na sua autoimagem e consequentemente da sua autoestima, com o sentimento que têm uma *“vida incomum”*. Quando a pessoa percebe o seu estado não com excepcionalidade, mas como uma nova condição é o primeiro passo para o sucesso do processo de adaptação, pensando e convivendo com esta limitação não como sinónimo de *“inutilidade”*.

1.3. A capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior

A capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior tem sido pouco estudada nos primeiros dias pós-operatório, sendo esta avaliação de extrema importância pois permite estabelecer meios, metas e parâmetros de seguimento no processo de reabilitação da pessoa. Considerando-se como um importante indicador da qualidade de vida, o estado funcional é uma dimensão essencial na avaliação geriátrica. Esta caracteriza-se pelas habilidades necessárias para a manutenção de uma vida autónoma e independente, estando dividida em duas categorias: as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's). As primeiras refletem apenas a

capacidade para o autocuidado básico (e.g. tomar banho, vestir-se) enquanto que as AIVD's referem-se a capacidade de utilização dos recursos disponíveis no meio ambiental habitual para a execução de tarefas rotineiras do dia-a-dia (e.g. utilizar o telefone, fazer compras) (Rosa et al. 2003 cit. por Lobo e Pereira, 2007).

O comprometimento da capacidade funcional da pessoa amputada por etiologia vascular começa antes da amputação. McDermott et al. (2007) realizou um estudo onde comparou a mobilidade de pessoas com DAP e pessoas sem DAP. Sendo a manutenção da mobilidade essencial para a independência funcional, interações sociais e AVD's, a taxa de aumento de perda da mobilidade em pessoas com DAP tem potencialmente implicações importantes para a conservação da independência funcional. Os seus resultados demonstram que as pessoas com DAP apresentam perda de mobilidade em quatro anos de *follow-up* em comparação com pessoas sem DAP, sendo que a maior diminuição se verificou na capacidade de caminhar continuamente durante seis minutos.

As amputações do membro inferior resultantes de condições vasculares, nomeadamente da DM e DAP, são uma fonte de incapacidade permanente e limitação funcional em pessoas de todas as idades, mas principalmente em pessoas mais idosas (Dillinghan, Yacub e Pezzin, 2011). A remoção cirúrgica do membro é apenas o início de uma longa jornada para a pessoa amputada. Se o objetivo for a utilização de uma prótese, a pessoa irá vivenciar um processo de adaptação exigindo cuidados de reabilitação para a fase protésica. Todavia, mesmo que o objetivo não seja a utilização de prótese, será igualmente necessário todo um percurso de aprendizagem e adequação à nova condição.

São vários os fatores referidos na literatura que condicionam as AVD's na pessoa com amputação do membro inferior, tais como: a idade, as comorbilidades associadas, a função prévia, o nível de amputação e fatores psicossociais. Grande parte da literatura define os fatores funcionais apenas em termos de utilização protésica, mas os fatores funcionais sem a utilização de prótese são igualmente importantes. É essencial na prática clínica, identificar os fatores funcionais preditivos o mais precocemente após a amputação do membro.

O aumento da idade diminui a probabilidade de sucesso de utilização de uma prótese. O fator idade, isolado, não é uma contraindicação para o treino de marcha, existindo estudos que reportam o sucesso em pessoas com mais de 90 anos (Fleury, Salih, Peel, 2013). Outros autores concluíram que a idade foi o fator mais preponderante no programa de reabilitação expresso na mobilidade, mostrando que a probabilidade de sucesso da utilização da prótese na pessoa com amputação com idade inferior aos 65 anos foi 2,92 vezes maior do que em pessoas com mais de 65 anos (Traballesi et al., 2007 cit. por Fleury,

Salih, Peel, 2013), sendo que a idade também aumenta o risco de um nível de amputação mais proximal.

O comprometimento cognitivo é uma contraindicação relativa à reabilitação protésica. No estudo de Voguel, Petroski e Kruse (2014), realizado num lar de idosos com idosos amputados, o AVC, a Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT) e a alteração da função cognitiva foram associados a um pior desempenho funcional após amputação. Acrescentam ainda que o género feminino apresentou pior desempenho funcional. No trabalho de Shoppen et al. (2003), a memória apresentou-se como o fator mental mais influente na função da pessoa amputada, justificando que uma boa memória é importante para reaprender muitas tarefas diárias. A motivação da pessoa é crucial em qualquer programa de reabilitação. Mais de 60% desta população poderá desenvolver uma depressão. São também observadas reações de luto devido a perda do membro, assim como relativas a perda de independência e alterações da imagem corporal (Fleury, Salih, Peel, 2013).

As cormobilidades associadas à DAP são muito frequentes na pessoa com amputação do membro inferior, como já foi referido anteriormente. A DC é frequentemente razão de insucesso no programa de reabilitação e adequação de uma prótese. Também a doença respiratória severa afeta a capacidade da pessoa com amputação no sucesso do treino de marcha, sendo que muitas destas pessoas são ou foram fumadores pelo que a doença pulmonar obstrutiva crónica é uma cormobilidade comum. A existência de IRCT em idosos amputados do membro inferior constitui-se um desafio na reabilitação. São frequentes as complicações locais para adaptação de uma prótese como resultado das variações de volume, assim como das inúmeras cormobilidades associadas. As pessoas em hemodiálise requerem ausências do programa de reabilitação que em conjunto com a fadiga após diálise podem ter impacto sobre o programa de reabilitação. A maioria dos estudos referem que a IRC afeta negativamente o processo de reabilitação na pessoa amputada (Fleury, Salih, Peel, 2013).

A mobilidade prévia também é referida como um dos fatores mais importantes a ter em consideração num plano de reabilitação. A perda da amplitude do movimento pode ocorrer em qualquer articulação quando a mobilidade está comprometida. Estas ocorrem a nível da articulação da coxa e do joelho da pessoa com amputação do membro inferior, podendo causar dificuldade no processo cicatricial, complicações no encaixe protésico e padrões de marcha. As contraturas superiores a 25º no joelho ou 30º na anca podem impedir o tratamento protésico. A prevenção é a melhor opção através do posicionamento do membro residual, do alongamento e do fortalecimento muscular. Também o controlo da

dor é essencial para evitar padrões com utilização dos músculos flexores (Robinson, et al. 2010).

Segundo Marshall e Stansby (2010), deambular com uma prótese comparativamente à deambulação normal requer um dispêndio adicional de energia de 25 a 40% em amputações abaixo do joelho e 65 a 100% para amputações pela coxa. Isto pode condicionar a mobilidade nos casos de coexistência de doença cardíaca isquêmica. Em contraste, a utilização da cadeira de rodas requer um dispêndio suplementar de 8% de energia comparativamente à deambulação normal

A Capacidade Aeróbia Máxima (VO_{2peak} , consumo máximo do oxigénio obtido durante o exercício intenso) da pessoa com amputação do membro inferior foi estudada por Wezenberg et al. (2012). Compararam-se os amputados por etiologia traumática, vascular e não amputados. Os seus resultados demonstraram que os amputados apresentam menos 13,1% de capacidade aeróbia em relação aos casos-controlo, existindo também diferença quanto à etiologia, sendo que os amputados por etiologia vascular apresentam menos VO_{2peak} de 29,1% quando comparado com os casos-controlo, não tendo sido encontrada nenhuma associação entre o nível de amputação e o VO_{2peak} , ao contrário do esperado. Assim, a diminuição da capacidade aeróbia nos amputados vasculares, conjuntamente com a maior demanda aeróbica da deambulação com uma prótese, poderá influenciar a capacidade de deambulação nestas pessoas.

Também o risco de aumento de peso e obesidade são descritos para amputados do membro inferior como resultado da inatividade física. Embora o aumento de peso seja uma preocupação, a perda de peso também pode ocorrer sendo comum em idosos com comorbilidades associadas. No estudo desenvolvido por Bouldin et al. (2016), com amputados do género masculino, verificou-se que quase metade dos participantes apresentaram uma trajetória estável de peso, 40% apresentaram uma trajetória de ganho de peso enquanto uma pequena porção apresentou uma diminuição do peso. Os participantes com amputações mais proximais e mais jovens apresentaram aumento de peso. Esta tendência poderá acarretar implicações para a saúde a longo prazo devido a condições secundárias como a osteoartrite e lombalgias, sendo predominantes em pessoas com amputações transtibiais e transfemorais, podendo colocar também em causa o tratamento protésico.

O equilíbrio é importante para a concretização de inúmeras atividades do dia-a-dia, e um adequado equilíbrio em pé no membro não afetado pode ser considerado como um fator preditivo para um bom resultado funcional. No estudo de Shoppen et al. (2003), o equilíbrio no membro não afetado após duas semanas foi o fator preditivo mais influente

nos resultados funcionais após um ano. Segundo os mesmos autores, o teste de equilíbrio utilizado, *1-leg standing test* é fácil de aplicar e pode demonstrar não só o equilíbrio, mas também o estado físico da perna sã, tais como a força muscular da coxa e perna, a ausência de comorbidades com distúrbios do equilíbrio e energia. Este teste é descrito como um método de quantificação do equilíbrio estático. É um instrumento de medida validado sendo útil na interpretação de outras variáveis igualmente importantes como a autonomia das AVD's, a capacidade de marcha e o risco de queda (Springer et al., 2007). O papel do membro não afetado é muito importante para a pessoa amputada com ou sem utilização de prótese. Nas pessoas amputadas bilateralmente é avaliado o equilíbrio sentado estático e dinâmico. A alteração do equilíbrio, do centro de gravidade e a presença de sensação fantasma fazem com que a pessoa amputada apresente um alto risco de quedas no período pós-operatório imediato. A mobilização no período inicial deve ser efetuada em cadeira de rodas, excetuando a existência de indicação específica. O risco de queda pode ser diminuído através do ensino sobre alguns cuidados a ter e exercícios (Robinson et al., 2010).

Também o nível de amputação irá condicionar a recuperação da funcionalidade na pessoa amputada. Na população idosa devem ser feitos esforços para preservação da articulação do joelho se o treino de marcha for considerado. Este facto não está apenas associado ao gasto de energia requerido para a marcha com prótese, mas também ao desafio físico de sentar-se e levantar-se (Fleury, Salih, Peel, 2013).

Na literatura, a relação negativa entre a dor residual e dor fantasma e a função é relatada, contudo não é evidente se o nível de dor apresentado imediatamente após a amputação é preditivo de um pior desempenho funcional (Shoppen et al., 2003). O controlo da dor é também importante pois poderá influenciar a motivação. Aproximadamente 70% dos amputados têm dor fantasma (Fleury, Salih, Peel, 2013).

A amputação condiciona a realização das AVD's da pessoa, tendo sido objeto de estudo de alguns autores. Vogel, Petroski e Kruse (2014) avaliaram a independência nas AVD's pré e pós amputação, num lar de idosos, analisando a sua evolução ao longo de seis meses. Segundo estes autores, o nível de amputação mais proximal, o AVC, a IRCT, o défice cognitivo e o sexo feminino estiveram associados a um pior desempenho funcional após a amputação.

A existência de suporte familiar ou cuidador é um dos fatores a ter em consideração desde a admissão hospitalar. A avaliação das condições familiares e pessoais permitirá um planeamento precoce da alta hospitalar, tais como: a preparação do cuidador informal quanto aos cuidados necessários à pessoa amputada, ou como, a identificação da

necessidade de apoios na comunidade ou seleção do destino após alta. Durante a hospitalização e o processo de reabilitação, três estratégias de *coping* foram adotadas no estudo de Couture, Desrosiers e Caron (2012), nomeadamente: tentar ver o lado bom das coisas, realizar novas aprendizagens e ser inspirado por outras pessoas. Esta última, é uma estratégia que pode ser utilizada com sucesso, promovendo momentos de partilha com outros amputados bem-sucedidos no seu processo de reabilitação.

1.4. Dados epidemiológicos e custos associados

A doença cardiovascular é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade na população portuguesa e vários estudos demonstraram que a presença da DAP, independentemente da gravidade e da sua manifestação clínica, constitui um marcador independente de risco elevado de mortalidade cardiovascular (Menezes et al., 2009).

Dados epidemiológicos, estimam mais de 202 milhões de afetados por esta doença, tendo ocorrido um aumento da sua prevalência em 23,5% durante a primeira década do milénio (Conte et al., 2015).

Menezes et al. (2009) avaliaram a prevalência de DAP na população portuguesa, estimando que em Portugal Continental, entre os indivíduos com mais de 50 anos, dever-se-á situar-se entre os 5,3% e os 6,5%, ou seja, entre 187.840 a 230.369 portugueses poderão ser portadores de DAP.

O peso económico da DAP é elevado, com recorrentes hospitalizações e realização de procedimentos de revascularização que sugerem que nem a pessoa portadora de DAP, médicos, nem os sistemas de saúde devem assumir que a primeira admissão para um procedimento dos membros inferiores por DAP possibilita uma solução permanente desta condição (Mahoney et. al, 2010).

Algumas intervenções cirúrgicas, como angioplastias e as cirurgias de revascularização, apresentam-se como uma solução para a DAP. Contudo, apesar do aumento da sua realização e inovação destas técnicas, a amputação do membro inferior continua a ser um procedimento frequente, o que pode estar associado ao envelhecimento da população e comorbilidades associadas (Fortington et al., 2013 cit por Rolim et al. 2015). Prevê-se que 20% das pessoas com DAP serão submetidos a amputação (Shishehbor, 2011).

Das pessoas com DM, 25% têm pé diabético com feridas de difícil cicatrização que afetam a qualidade de vida e com custos elevados para o sistema de saúde. A doença está

associada à amputação, com uma taxa de mortalidade de 80% em cinco anos. A DM está associada a um aumento de risco de 10 a 16 vezes de amputação, sendo uma das suas principais causas no Reino Unido (Morbi e Shearman, 2015). Num estudo realizado nos Estados Unidos, projeta-se que a prevalência de DM irá aumentar para o dobro no ano de 2030 e que o número de pessoas com DM com amputação do membro inferior irá aproximadamente triplicar no ano de 2050 (Ziegler-Graham et al., 2008). Metade das pessoas com úlcera do pé diabético e DAP apresentam uma esperança de vida de cinco anos e a mortalidade sobe para 50% nos dois anos seguintes após a amputação. A coexistência da IRC tem demonstrado corresponder a piores resultados e mortalidade após a revascularização (Brownringg et al., 2013).

A prevalência mundial de amputações dos membros inferiores foi estimada em 3 a 10% aumentando para 15 a 20% em pessoas com mais de 70 anos. Mais de 90% das 5000 amputações *major* do membro inferior, realizadas no Reino Unido, são devidas à DAP (Ahmad et al., 2014). Um total de 75% das amputações do membro inferior ocorrem em pessoas com mais de 65 anos, sendo a DAP responsável por mais de 90% dos casos. A proporção das amputações em pessoas com mais de 85 anos prevê um aumento de 20 a 35% nos próximos 40 anos (Fleury, Salih e Peel, 2013). Informação semelhante foi dada no estudo efetuado nos Estados Unidos da América (Ziegler – Grahan et al., 2008) em que um em cada 190 americanos vive com uma amputação, estimando-se que este número duplique no ano de 2050. Prevê-se que este número continue a aumentar devido essencialmente ao envelhecimento da população e ao aumento da associação da DM e da doença vascular. Estas estimativas chamam a atenção para a necessidade de políticas e programas que garantam o acesso à prótese e a dispositivos de ajudas técnicas que proporcionem o bem-estar das pessoas que vivem com uma amputação.

A informação sobre a incidência ou prevalência de amputação do membro inferior na população portuguesa é escassa. Um estudo desenvolvido em Portugal, publicado em 1996 por Sequeira e Martins, teve como objetivo quantificar as amputações dos membros efetuadas nos hospitais dependentes do Ministério da Saúde nos anos de 1990 a 1993, relacionando a etiologia com o sexo, idade média, demora média de internamento, nível de amputação e taxa de mortalidade. Os dados obtidos revelaram que existiram 8161 internamentos por amputações de etiologia vascular sendo que 5929 das amputações realizadas foram *major*, com predominância nos elementos do sexo masculino.

No trabalho realizado por Dillinghan, Pezzin e Shore (2005), os custos associados aos cuidados de saúde agudos e pós agudos (12 meses após a amputação) para a pessoa com amputação do membro inferior por etiologia vascular (identificados pelo *Centers for*

Medicare and Medical Services) ultrapassou 4,3 bilhões de dólares (US) anuais. Tendo-se tido em consideração as diferentes características da pessoa, progressão para níveis de amputação mais proximal, serviços utilizados e mortalidade com e sem a presença de DM. Os custos médios dos cuidados médicos são geralmente mais elevados entre pessoas com amputações por DAP relacionadas com a DM do que entre aqueles sem DM. Os custos hospitalares de cuidados agudos associados com o tratamento de pessoas com uma amputação do dedo do pé inicial, por exemplo, eram cerca de 24% maior entre os amputados com diabetes. Os custos hospitalares de cuidados agudos foram responsáveis pela maioria dos gastos dos cuidados médicos ocorridos.

2. O PERFIL DE AUTOCUIDADO

Neste capítulo serão abordados o conceito de autocuidado, como um dos principais focos de atenção na intervenção dos enfermeiros e ainda o conceito de perfil de autocuidado, onde serão mencionados os diferentes tipos de perfil.

2.1. O conceito de autocuidado

Existem diferentes definições de autocuidado produzidas por diferentes autores e em diferentes contextos, enfatizando aspetos distintos. O autocuidado tem sido um conceito central na enfermagem ao longo dos tempos. O termo autocuidado foi particularmente usado por Dorothea Orem (Silva et al. 2009) no desenvolvimento da sua teoria.

Dorothea Orem (1991, cit. por Sequeira, 2011, p. 21) define o autocuidado como:

“Prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam para manter a sua própria vida, saúde e bem-estar. O autocuidado pode ser também entendido como uma conduta que cada pessoa adota e que existe em situações concretas da vida, dirigida pela pessoa para si mesma, de modo a controlar os fatores que afetam o seu desenvolvimento e funcionamento em benefício da sua vida, saúde ou bem-estar.”

Orem (2001) desenvolveu a teoria de enfermagem do défice de autocuidado, que engloba três teorias inter-relacionadas: teoria do autocuidado; teoria do défice de autocuidado e, teoria dos sistemas de enfermagem. Permitiu, desta forma, uma compreensão abrangente do fenómeno Autocuidado (Brito, 2012). Um dos aspetos mais relevantes referidos por esta teórica de enfermagem é o défice de autocuidado. Este refere-se a uma relação entre o autocuidado e a exigência de autocuidado, estando contido na teoria dos sistemas de enfermagem (Vitor, Lopes e Araújo, 2010). O postulado principal desta teoria é a incapacidade da pessoa em cuidar dela própria para atingir a saúde e/ou bem-estar, ocorrendo quando há um desequilíbrio entre a capacidade para o autocuidado

e a necessidade terapêutica de autocuidado (Duque, 2009). Entre os diversos contextos aplicados, destaca-se no âmbito das doenças cardiovasculares, dada a possibilidade de comprometer a capacidade de autocuidado (Vítor, Lopes e Araújo, 2010). Dos pressupostos referidos por Orem, destaca-se o papel da enfermagem como promotora do restabelecimento da saúde através da implementação de práticas assistenciais e educativas que valorizem o autocuidado. Ressalta-se a identificação da necessidade dos cuidados de enfermagem de diferentes formas compensatórias e do apoio educativo e de desenvolvimento.

A Organização Mundial de Saúde define em 2009 o autocuidado como *uma “ação deliberada que os indivíduos, famílias e comunidades devem desenvolver para manter uma boa saúde. A capacidade para executar o autocuidado varia de acordo com vários determinantes sociais e condições de saúde”* (WHO, 2009, p.1).

Mais recentemente, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o autocuidado é referido como uma atividade que é executada pelo próprio, visando *“tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”* (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p. 12).

Também a *International Self-Care Foundation* (2016) tem focado a relevância do autocuidado referindo que este é o nível fundamental dos cuidados de saúde em todas as sociedades e deve ser visto como um recurso importante da saúde pública. No entanto, referem que o autocuidado nem sempre é reconhecido ou valorizado fazendo a comparação com uma parte invisível do iceberg (Fig. 6). Referem também a existência de sete pilares ou domínios para o autocuidado, nomeadamente a literacia em saúde (capacidade para obter, processar e compreender informações, serviços necessários para tomar decisões relativas à saúde); a autoconsciência da condição física e mental (inclui conhecer, por exemplo, o nível de colesterol, a tensão arterial, etc); a atividade física; a alimentação saudável; a prevenção dos riscos (e.g. cessação tabágica, consumo moderado de bebidas alcoólicas e vacinação); uma boa higiene (e.g. escovagem dos dentes, lavagem das mãos regularmente e lavar os alimentos); utilização responsável e racional dos produtos, serviços, meios diagnósticos e medicamentos.

Figura 6 – O Iceberg do autocuidado



Fonte: <http://isfglobal.org/what-is-self-care/>

Desta forma, reconhecendo a importância da promoção do autocuidado como cerne dos cuidados de enfermagem, conclui-se que, o conhecimento da dependência da pessoa, em cada domínio do autocuidado, nas atividades que concretiza, permite não só planejar cuidados individualizados, mas também definir e implementar intervenções realistas e adequadas às necessidades (Duque, 2009).

2.2. Os perfis de autocuidado

Backman e Hentinen (1999) desenvolveram um estudo em Oulu, uma cidade no norte da Finlândia, com idosos, utilizando como metodologia a teoria fundamentada dos dados. Este estudo teve como objetivo o desenvolvimento de um modelo sobre o autocuidado. A amostra foi constituída por 40 idosos com mais de 75 anos, no domicílio. Para estas autoras, as atividades de autocuidado não são meramente formas racionais para manter a saúde, refletem também a atitude da pessoa para os cuidados de saúde, doença e a vida como um todo. Considera-se assim que, as práticas comportamentais são moldadas por valores e crenças aprendidas em culturas específicas e pelas oportunidades e restrições definidas por situações sociais e económicas próprias, estando estritamente relacionada com a sua vida passada e com o futuro. Referem que o autocuidado é influenciado por fatores internos (e.g. saúde e capacidade funcional) e externos (e.g. condições de vida e suporte social), estando também relacionado com o estatuto socioeconómico, escolaridade e com a rede social (Backman e Hentinen, 1999). O modelo proposto consiste em quatro perfis de autocuidado, com diferentes condições para a ação e diferentes significados,

sendo estes: o autocuidado responsável; o autocuidado formalmente guiado; o autocuidado independente; o autocuidado de abandono.

O autocuidado responsável constitui-se numa atividade responsável do idoso que apresenta uma orientação positiva para o futuro e uma experiência positiva do envelhecimento. Estes idosos têm cuidados com a sua condição física, uma alimentação saudável e interesse na prática de exercício. As atividades diárias constituem um prazer. O envelhecimento significa um novo tipo de liberdade nas suas vidas. O significado de autocuidado responsável é o desejo de continuar a viver como um agente ativo. Algumas atividades, como a leitura ou escrita, atribuem qualidade às suas vidas. Eles gostam de diversas atividades sociais e têm boas relações com os seus filhos e amigos (Backman e Hentinen, 1999).

O autocuidado formalmente guiado consiste na observância acrítica das instruções para o desempenho das atividades diárias. Estes idosos fazem o que lhes é dito, contudo desconhecem a razão para as suas ações. Este perfil de autocuidado é baseado na experiência de vida de cuidar dos outros, geralmente com famílias extensas, com muito trabalho durante a sua vida. Eles experienciam a vida de forma realista. O significado deste tipo de autocuidado é a tendência para aceitar a vida tal como ela é, consideram que as suas vidas se tornarão mais limitadas ao longo dos anos e não contrariam esta tendência (Backman e Hentinen, 1999).

O autocuidado independente é baseado no desejo da pessoa idosa de ouvir a sua voz interna. Apresentam formas originais de cuidar das suas atividades diárias, saúde e doenças. Quando se apercebem que alguma coisa não está bem com a sua saúde, não procuram ajuda e encontram uma forma de resolver a situação. Estas pessoas têm como objetivo gerir a sua vida de forma independente e negar a perspectiva de envelhecer. O significado deste tipo de perfil é a tentativa de manter as mesmas rotinas. Estas pessoas pretendem ficar em qualquer circunstância nas suas casas pois é um lugar onde se sentem seguros, também não se interessam muito pela companhia dos outros, preferindo ficar sozinhos (Backman e Hentinen, 1999).

O autocuidado de abandono é caracterizado pela falta de responsabilidade e numa atitude negativa para com o envelhecimento. Estes idosos não se preocupam consigo próprios. A pré-condição deste autocuidado foi a amargura associada com a tristeza. As suas vidas foram repletas de diferentes sintomas, dor e incapacidades. Encontra-se presente a sensação de solidão e o sentimento de que ninguém se interessa por eles. O significado de abandono foi o desejo de desistir. Apresentam uma rede social limitada e têm medo em relação ao futuro (Backman e Hentinen, 1999).

Posteriormente, as mesmas autoras desenvolveram outro trabalho onde relacionaram a capacidade funcional, a satisfação com a vida e a autoestima com os diferentes perfis de autocuidado. Concluíram que o perfil de autocuidado independente apresentou-se como o mais independente nas atividades do dia-a-dia. O perfil de autocuidado de abandono apresentou uma baixa satisfação com a vida enquanto que o perfil de autocuidado formalmente guiado apresentou os valores mais elevados nesta categoria. Na avaliação da autoestima, o perfil de autocuidado responsável apresentou valores mais elevados que os outros perfis. Uma das limitações deste estudo refere-se ao número limitado de participantes (nove em 40 elementos) que apresentaram um único e bem definido perfil de autocuidado. Os restantes elementos foram classificados em categorias de autocuidado com base no número máximo de expressões que representam cada perfil, tendo as autoras referido 18 categorias nos resultados (Backman e Hentinen, 2001).

Zeleznik (2007) estudou o autocuidado em idosos na Eslovénia utilizando o instrumento Self-Care of Home-Dwelling Elderly (SCHDE) validado por Räsänen, Backman e Kyngas (2007). Este instrumento contempla 68 itens, com quatro escalas distintas que contemplam os diferentes perfis de autocuidado, a capacidade funcional, a satisfação com a vida e a autoestima. Teve como objetivo produzir novos conhecimentos sobre o autocuidado em idosos no domicílio e os fatores relacionados com o seu autocuidado. Perspetivou ainda contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados no domicílio e no ensino dos novos enfermeiros para o cuidar no domicílio. Concluiu que nem todos os idosos apresentavam um único perfil de autocuidado, mas sim uma combinação destes, tendo apresentado nos resultados 14 combinações de perfis de autocuidado. A maioria dos idosos com perfil de autocuidado responsável, formalmente guiado ou independente, gerem as atividades diárias, maioritariamente, sem ajuda, apresentam maior satisfação com a vida e autoestima. Por outro lado, os idosos com perfil de abandono não gerem as atividades diárias sozinhos e apresentam pouca satisfação com a vida e baixa autoestima.

Também Räsänen et al. (2014), desenvolveram um trabalho com 180 idosos no domicílio, onde pretenderam relacionar os diferentes perfis de autocuidado com a autoestima, a capacidade funcional e a satisfação com a vida. Para o seu desenvolvimento utilizaram o instrumento SCHDE. Concluíram que o perfil responsável apresenta uma correlação forte e positiva com a satisfação com a vida, autoestima e capacidade funcional. Já o perfil formalmente guiado apresenta relação estatisticamente significativa com a satisfação com a vida e a autoestima. O perfil independente apresentou um bom desempenho na capacidade funcional e uma relação forte com a autoestima. O perfil de autocuidado de abandono não foi identificado neste estudo.

Em Portugal, o perfil de autocuidado já foi estudado em diferentes populações, nomeadamente, em idosos numa unidade de saúde familiar (Sequeira, 2011), em utentes internados num serviço de medicina interna (Rodrigues, 2011), em transplantados hepáticos (Mota, 2011), em utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica em regime de ambulatório (Leite, 2012) e em hemodialisados (Evaristo, 2012). Todos estes autores pretenderam estudar o autocuidado a partir da idade adulta, definindo como critério de inclusão ter mais de 18 anos, ao contrário dos estudos anteriores que definiram como critério de inclusão idade igual ou superior a 75 anos. Relativamente à pessoa amputada, não são conhecidos estudos quanto ao perfil de autocuidado.

Segundo Sequeira (2011), conhecer os perfis de autocuidado poderá ser um parâmetro decisivo para a definição de abordagens terapêuticas mais significativas e potenciadoras de ganhos em saúde no autocuidado.

3. O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO E A PESSOA AMPUTADA

O processo de reabilitação da pessoa amputada deve iniciar-se o mais precocemente possível. Deste modo, o papel do enfermeiro de reabilitação, integrado numa equipa multidisciplinar, assume grande importância. Pretende-se assim, promover a independência nas ABVD's e AIVD's fomentando a qualidade de vida e um envelhecimento saudável e ativo da pessoa com amputação do membro inferior. A Ordem dos Enfermeiros regulamenta os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, referindo (Regulamento n.º 350/2015, p. 16656):

“Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação constituem uma área de intervenção especializada que decorre de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades.”

Nesta linha de pensamento, podemos referir também o contributo da teoria de enfermagem do Déficit de Autocuidado, desenvolvido por Orem, já mencionada no capítulo anterior.

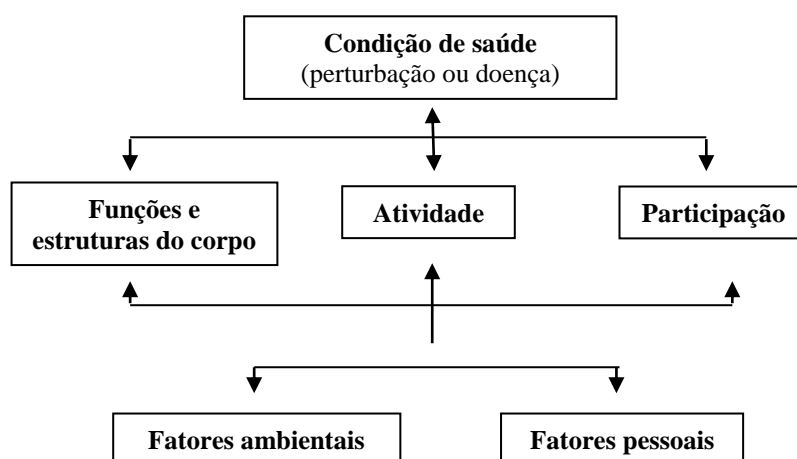
A avaliação pré-operatória e o início precoce de um programa de reabilitação podem reduzir o impacto da incapacidade e melhorar o prognóstico funcional e a qualidade de vida da pessoa amputada (Machado Vaz et al., 2012). Um programa de reabilitação individual deve ter em consideração o estilo de vida pré-amputação, expectativas e limitações médicas. O nível da amputação, a rede social e apresentação psicológica influenciam o nível esperado de independência funcional (Robinson et al., 2010). Os cuidados pós-operatórios imediatos têm como objetivo prevenir as contraturas, diminuir o edema, promover a mobilidade da pessoa na cama e as transferências, bem como outras atividades do autocuidado.

Neste percurso dever-se-á ter em consideração o impacto na condição individual de saúde, apreciando não só as alterações na estrutura e funções corporais, mas também analisando os efeitos ambientais externos e fatores pessoais, de modo a promover a saúde e o funcionamento em vez da deficiência. A implementação do modelo da Classificação

Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde poderá contribuir para resultados mais eficazes (Robinson et al., 2010). Este modelo adota uma abordagem biopsicossocial, com uma visão holística, refletindo as interações entre as funções do corpo, a atividade, a participação social e os fatores pessoais e ambientais (Fig. 7). O processo de incapacidade é, deste modo, representado por dimensões distintas mas inter-relacionadas. As estruturas do corpo referem-se às partes anatómicas do corpo (e.g. órgãos e membros) e as atividades e a participação representam o modo como a pessoa desenvolve as suas atividades diárias e o seu envolvimento na vida social. Os fatores contextuais são os ambientais e os pessoais. Os fatores ambientais constituem o ambiente físico e social (e.g. domicílio e local de trabalho) que podem ter uma influência positiva ou negativa sobre o desempenho da pessoa. Já os fatores pessoais, são o *“histórico particular da vida”* e incorporam as características que não são parte de uma condição de saúde (e.g. sexo, raça, idade, estilos de vida) (OMS, 2004).

Segundo Farias e Buchalla (2005) cit. por Sampaio e Luz (2009), a CIF introduz um novo paradigma sobre a deficiência e a incapacidade, sendo que estas podem não resultar diretamente das condições de saúde, mas também são determinadas pelo contexto (ambiente físico e social), pelas diferentes perceções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade dos serviços e das políticas implementadas.

Figura 7 - Interação entre os componentes da CIF.



Fonte: Adaptado de OMS (2004)

É assim, necessário o conhecimento dos diferentes fatores que poderão influenciar/condicionar a reabilitação da pessoa amputada. Deste modo, existem várias dimensões que são necessárias conhecer e compreender como parte integrante deste

processo que irá influenciar as alterações complexas que a pessoa com amputação do membro inferior está e irá vivenciar até ao seu regresso a casa e à comunidade. É, deste modo, fulcral respeitar que todas as pessoas têm características próprias, motivações diferentes (fruto do seu percurso de vida), tendo o enfermeiro de reabilitação um papel de facilitador neste processo.

Também o estabelecimento de metas é fundamental para qualquer programa de reabilitação e garante que os vários membros da equipa multidisciplinar trabalhem com a pessoa e família em função de um objetivo comum. As metas devem ser regularmente revistas com a pessoa para documentar o seu progresso e definir novos objetivos. Todas as metas devem ser adaptadas à pessoa refletindo os seus pontos fortes e fracos, bem como os seus objetivos pessoais. Nem todos os amputados poderão ou desejarão utilizar uma prótese. Para estas pessoas as metas concentram-se na habilidade para utilizar cadeira de rodas ou outros produtos de apoio de forma independente, e na adaptação do seu ambiente (Robinson et. al, 2010).

Os fatores ambientais também desempenham um papel importante no processo de reabilitação, como já foi demonstrado na figura 7, sendo necessário a adaptação dos espaços físicos do domicílio e proporcionando suporte para o regresso ao trabalho (Robinson et al., 2010).

Quanto às medidas de avaliação, estas são utilizadas na reabilitação com dois propósitos, a nível individual são utilizadas para o estabelecimento de metas alcançáveis e documentação do progresso. Podem ainda ser utilizadas para avaliar o efeito de uma intervenção (Robinson et al., 2010). Esta avaliação permite também a identificação da necessidade de implementação de estratégias adaptativas tendo em consideração o conhecimento e potencial de aprendizagem de cada pessoa.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo, pretende-se apresentar a estratégia de investigação adotada para a realização do presente estudo. Estando ciente que o conhecimento se adquire de muitas maneiras, de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso. Deste modo, a investigação pretende alargar o campo dos conhecimentos na disciplina facilitando o desenvolvimento desta como ciência (Fortin, 2009).

4.1. Justificação do estudo

A amputação do membro inferior é uma intervenção cirúrgica com efeito permanente que poderá acarretar consequências importantes a nível funcional, psicológico e social repercutindo-se na qualidade de vida da pessoa. Deste modo, consideramos pertinente uma abordagem holística e precoce no processo de reabilitação da pessoa amputada, através da identificação de fatores que possam influenciar o processo de adaptação a esta nova condição e pelo planeamento de intervenções que promovam a sua autonomia e independência no autocuidado. Este conhecimento é, pois, essencial para que se possam desenvolver estratégias adaptativas específicas, tendo em consideração as particularidades da pessoa com amputação do membro inferior, proporcionando-se, assim, um breve e mais adaptado retorno ao domicílio.

Face ao exposto, emergiu a seguinte questão de partida: Qual a capacidade funcional e o perfil de autocuidado da pessoa com amputação do membro inferior de etiologia vascular e como evolui após a alta hospitalar?

4.2. Finalidade e objetivos

A pessoa com amputação do membro inferior encontra-se sujeita a particularidades decorrentes do seu processo de saúde-doença, bem como a alterações físicas e psicológicas. Consideramos que a avaliação da capacidade funcional poderá contribuir para a prática clínica, através da identificação das principais necessidades para a concretização das ABVD's. Julgamos também que, o reconhecimento do perfil de autocuidado poderá orientar antecipadamente a implementação de intervenções direcionadas à promoção da autonomia e independência do autocuidado. Deste modo, o presente trabalho tem como finalidade: contribuir para um maior conhecimento sobre a capacidade funcional e o perfil de autocuidado na pessoa com amputação do membro inferior por etiologia vascular. Ambiciona-se assim, uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Face ao mencionado, foram definidos como objetivos:

- Perceber a relação da capacidade funcional com os atributos sociodemográficos e dados clínicos da pessoa com amputação do membro inferior.
- Comparar a capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior, no momento da alta hospitalar e um mês após a alta hospitalar.
- Analisar a relação entre a capacidade funcional com o perfil de autocuidado da pessoa com amputação do membro inferior.
- Identificar a satisfação com a vida em geral da pessoa com amputação do membro inferior um mês após a alta hospitalar.
- Analisar a relação entre a satisfação com a vida em geral e os atributos sociodemográficos e dados clínicos.
- Analisar a relação entre a satisfação com a vida em geral e a capacidade funcional.
- Analisar a relação entre a satisfação com a vida em geral e o perfil de autocuidado.

4.3. Desenho de investigação

O desenho de investigação é um plano lógico elaborado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação, dependendo do problema em causa e do estado dos

conhecimentos à volta desse problema (Fortin, 2009). Pretende-se aqui enunciar a tomada de decisão dos seus principais elementos.

4.3.1. TIPO DE ESTUDO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A seleção do tipo de estudo é um passo importante da investigação que reflete não só as opções e preferências dos investigadores, mas também o conhecimento da temática em estudo. Decidimos realizar um estudo de natureza exploratória, com recurso a metodologia de análise quantitativa, com dois momentos distintos de avaliação. A decisão tomada deveu-se à pouca informação existente sobre a temática em causa, nomeadamente, sobre a capacidade funcional nos primeiros dias pós-operatórios e o perfil de autocuidado da pessoa com amputação do membro inferior, especialmente no CHSJ. O conhecimento desta informação permitirá uma mais fiel descrição da pessoa amputada e possibilitará explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis escolhidas para este estudo descrevendo as mesmas relações. Consideramos também que a avaliação em dois momentos distintos da capacidade funcional poderá proporcionar uma reflexão sobre as dificuldades com que as pessoas se deparam no seu regresso a casa e na sua adaptação ao seu ambiente.

Para a presente investigação, definimos as seguintes questões de investigação:

- Qual a relação dos atributos sociodemográficos (idade e género) e dos dados clínicos (nível de amputação, dor e tempo de internamento) com a capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior?
- A capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior aumenta um mês após a alta?
- Qual a relação entre a capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior e o seu perfil de autocuidado?
- Qual a satisfação com a vida em geral da pessoa com amputação do membro inferior?
- Qual a relação entre a satisfação com a vida em geral e os atributos sociodemográficos (género, idade e escolaridade) e com o nível de amputação?
- Qual a relação entre a capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior e a sua satisfação com a vida em geral?
- Qual a relação entre o perfil de autocuidado e a satisfação com a vida em geral?

4.3.2. PARTICIPANTES

A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido (Fortin, 2009), sendo de extrema importância a seleção da técnica de amostragem mais adequada bem como a definição dos critérios de inclusão e exclusão apropriados.

A população acessível considerada para este estudo são os utentes internados no serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do CHSJ que foram submetidos a amputação do membro inferior por etiologia vascular, no atual internamento. Assim, esta foi constituída por 74 utentes que estiveram internados no serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do CHSJ.

Uma vez que a determinação de uma amostra probabilística mostra-se de difícil acesso, recorreu-se a uma amostragem não probabilística de conveniência do tipo sequencial.

Os critérios de inclusão da amostra encontram-se no quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de inclusão

| Critérios de inclusão no estudo | Critérios de inclusão para o 2º momento de avaliação |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Estar estável sob ponto de vista clínico.- Ter idade igual ou superior a 18 anos.- Falar e compreender português.- Apresentar capacidade de compreensão e resposta para aplicação de formulário.- Aceitar participar no estudo, depois de devidamente informado.- Ter alta hospitalar. | <ul style="list-style-type: none">- Ter alta hospitalar há mais de 1 mês.- Ter dado anuência para um contacto via telefone e ter facultado um número para o contacto. |

Se o participante apresentar mais que uma cirurgia de amputação durante o internamento, unilateral ou bilateral, será sempre considerado o nível de amputação mais proximal.

4.3.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO

A seleção e operacionalização das variáveis constituem uma importante etapa no desenho de investigação pois asseguram que a atribuição dos valores é feita de forma

constante de um sujeito para outro. As variáveis selecionadas para o estudo e a sua operacionalização encontram-se na tabela 1.

Tabela 1 – Operacionalização das variáveis

| VARIÁVEIS PRINCIPAIS | | |
|--|--------------------|--|
| | Tipo de variável | Valor da variável |
| Capacidade funcional (Índice de Barthel) | Ordinal | Total dependência: 0-8 Dependência grave: 9-12 Dependência moderada: 13-19 Independência total: 20 |
| Capacidade funcional (Índice de Barthel) | Contínua | De 0 a 20 pontos |
| Perfil de Autocuidado: - Responsável - Formalmente Guiado - Independente - De abandono | Contínua | Cada item está cotado de 1 a 5 (de acordo com as respetivas questões associadas a cada tipo de perfil de autocuidado). |
| Satisfação com a vida em geral | Continua | De 0 a 100 pontos. |
| VARIÁVEIS SECUNDÁRIAS | | |
| | Tipo de variável | Valor da variável |
| Género | Nominal dicotómica | Masculino/Feminino |
| Idade | Contínua | Idade completa em anos |
| Antecedentes pessoais | Nominal | DAOP Diabetes <i>mellitus</i> Doença cardíaca DPOC HTA IRCT Dislipidemia Doença cerebrovascular Tabagismo Outro |
| Escolaridade | Contínua | Anos completos |
| Condição laboral | Nominal | Empregada (o) no ativo Empregada (o) não ativo Desempregada (o) Incapacidade permanente para o trabalho Reformado Estudante |

| VARIÁVEIS SECUNDÁRIAS (continuação) | | |
|--|--------------------|--|
| | Tipo de variável | Valor da variável |
| Condição laboral | Nominal | Doméstica |
| Com quem vive | Nominal | Sozinho Conjuge/ companheira (o) Conjuge/ companheira (o)/ filha (o/os) Filha (as/o/os) Pai/ Mãe Outro familiar Outro não familiar Institucionalizado |
| A quem recorre como apoio para o autocuidado | Nominal | Conjuge/ companheira(o) Filhos Vizinhos Amigos Outro familiar Instituição de apoio Ninguém |
| Proveniência | Nominal | Domicílio RNCCI Lar e similares Outro |
| Destino após a alta hospitalar | Nominal | Domicílio RNCCI Lar e similares Outro |
| Nível de amputação | Nominal | Amputação de dedo(s) Amputação transmetatársica Amputação abaixo do joelho Amputação acima do joelho |
| Amputação contra-lateral prévia | Nominal | Ausente Amputação <i>minor</i> Amputação <i>major</i> |
| Dor | Nominal | Sem dor Dor fantasma Dor por ferida Outro tipo de dor |
| Dor (presente/ausente) | Nominal | Presente/Ausente |
| Intensidade da dor | Contínua | De 0 a 10. |
| Sensação fantasma | Nominal dicotómica | Presente/Ausente |
| Tempo de internamento | Contínua | Nº de dias de internamento |
| Dia pós-operatório de amputação | Contínua | Nº de dias após a amputação |

4.3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para a realização da colheita dos dados foi criado pelos investigadores um formulário de caracterização (anexo III) que contém os dados sociodemográficos e clínicos da pessoa amputada. Para a sua concretização, foi tida em consideração a revisão da literatura efetuada e a sua pertinência para o estudo.

O Índice de Barthel (anexo IV) foi utilizado para a avaliação da capacidade funcional. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa para a realização de 10 ABVD's: higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, transferência entre a cama e a cadeira, subir e descer escadas, andar, controlo de esfíncteres e o uso do sanitário. Cada ABVD apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, sendo que a pontuação "0" corresponde a dependência total e a independência pode assumir a pontuação "1", "2" e "3" em função dos níveis de diferenciação. A sua pontuação global oscila entre "0" a "20", variando inversamente ao grau de dependência. Neste sentido, quanto maior a pontuação menor o grau de dependência de acordo com os seguintes pontos de corte: 0 a 8 – total dependência; 9 a 12 – dependência grave; 13 a 19 – dependência moderada; 20 – independência total (Martins, 2004 cit. por Araújo et al. 2007). Em Portugal, este instrumento foi validado para uma amostra de idosos não institucionalizados por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto. O estudo das suas propriedades psicométricas revelou que é um instrumento com um nível de fidelidade elevado (*alfa de Cronbach* de 0,96), apresentando os itens correlações com a escala total entre $r=0,66$ e $r=0,93$. Apresentou ainda uma correlação positiva e estatisticamente significativa ao nível de $p<0,01$, com a escala de Lowton e Brody (Araújo et al., 2007). O *alfa de Cronbach* deste instrumento no presente estudo na primeira avaliação foi de 0,88 e de 0,86 na segunda avaliação, o que consideramos aceitável.

O instrumento de descrição dos perfis de autocuidado (anexo V), cuja versão original é denominada por "*Self-Care of Home Elderly – SHDE*", foi desenvolvido por Backman e Hentinen (2001). O instrumento apresenta questões relativas aos dados pessoais, aos perfis de autocuidado, orientação para o autocuidado, capacidade funcional, satisfação com a vida e autoestima. Contudo, neste estudo apenas será utilizado o domínio do perfil de autocuidado. Estas autoras identificaram e caracterizaram quatro tipologias de autocuidado: o Autocuidado Responsável, o Autocuidado Formalmente Guiado, o Autocuidado Independente e o Autocuidado de Abandono. A escala de perfil de autocuidado é constituída por 42 questões, tratando-se de uma escala do tipo *Likert* com

cinco possibilidades de resposta: “Discordo totalmente”; “Discordo parcialmente”; “Não concordo nem discordo”; “Concordo parcialmente”; “Concordo totalmente”. Em 2007, Rasanen, Backman e Kyngas, e, quase em paralelo, Zeleznick (na Eslovénia), realizaram uma sequência de dois estudos com o propósito de testar esta teoria e para a sua utilização em contexto clínico. O valor de *alfa de Cronbach* obtido para a escala de avaliação dos perfis de autocuidado foi de 0,75 (Zeleznick, 2007). Em Portugal, Sequeira (2011) traduziu a escala para a língua portuguesa e aplicou em utentes de contexto domiciliário, referenciados por uma Unidade de Saúde Familiar, tendo obtido nos resultados um *alfa de Cronbach* de 0,63.

Para conhecer o perfil de autocuidado da pessoa do membro inferior, utilizamos um conjunto de questões do SHDE tal como está explanado nos estudos de Rasanen, Backman e Kyngas (2007) e Zeleznick (2007) que “caracterizam” cada um dos quatro perfis de autocuidado. Também Sequeira (2011) utilizou inicialmente o mesmo conjunto de questões (quadro 2).

Quadro 2 – Perfis de Autocuidado e questões associadas

| Responsável | Formalmente Guiado | Independente | De abandono |
|---|---|--|---|
| 4- Fui sempre o principal sustento da minha família | 1 – Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência | 5 – Decidi sempre tudo sobre a minha vida | 6 – Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a) |
| 8- Ainda me sinto relativamente novo(a) | 2 – Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e dos filhos | 9 – Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida | 7 – Há acontecimentos tristes no meu passado recente |
| 10 - Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos | 3 – Tive uma vida de trabalho duro | 11 – Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a) | 12 – A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde |
| 13- Eu quero ser responsável pela minha medicação | 18 – Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelo médico | 17 – Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa | 25 – Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias |
| 14 - Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda | 19 – Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico | 20 – Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso | 37 – Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos |
| 15- A minha cooperação com os médicos e com os enfermeiros é natural e de igual para igual | 22 – Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores | 21 – Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda | 41 – Sinto que já não sirvo para nada |
| 16- Eu conheço os meus problemas de saúde e baseo(a) nessa informação, dado por especialistas, também sei como os devo tratar | 32 – Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer | 23 – Eu conheço bem o que me causa problemas | 42- Tenho medo do futuro |
| 26 - Aprecio a companhia de outras pessoas | 33 – À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer | 24 – Eu ainda sou capaz de cuidar de mim | |

| (continuação) | | | |
|---|---|--|-------------|
| Responsável | Formalmente Guiado | Independente | De abandono |
| 27 – Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas | 34 – Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades | 31 – À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas | |
| 28 – Os meus dias estão cheios de atividades significativas e estimulantes | 35 – Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva | 36 – Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém | |
| 29 – Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida | | 38 – É importante para mim não ser um fardo para ninguém | |
| 30 – Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim | | 39 – Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente | |
| 40 – Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades | | | |

Outro dos instrumentos utilizados foi o Índice de Bem-Estar Pessoal (IBP) (anexo VI) que pretende avaliar o Bem-Estar Subjetivo (BES) ou Satisfação com a Vida em Geral (SVG). O BES pode ser definido como a avaliação emocional e cognitiva que as pessoas fazem das suas vidas (Pais Ribeiro e Cummins, 2008). Este instrumento foi inicialmente desenvolvido no âmbito do *International Wellbeing Group* para medir o BES através da satisfação com domínios específicos de vida que posteriormente sofreu alterações (Pais Ribeiro e Cummins, 2008). Este instrumento foi traduzido e validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Cummins (2008). O IBP incluiu sete dimensões (satisfação com o nível de vida, saúde, realização pessoal, relações pessoais, sentimento de segurança, ligação à comunidade, e segurança com o futuro) sendo que posteriormente foi acrescentado um item (satisfação pessoal com a espiritualidade ou religião). Na sua validação definiram como critério que os domínios devem constituir o primeiro nível de desconstrução da SVG. Para cada uma das questões as pessoas respondem quanto satisfeitas estão com cada item/domínio numa escala de “0” (extremamente insatisfeito) a “10” (extremamente satisfeito), com uma posição intermédia neutra. O IBP é calculado numa nota de 0-100%SM (percentagem máxima da escala, %SM). Os resultados da sua validação mostraram que os sete domínios deste instrumento predizem 62% da variância da SVG. O valor obtido do *alfa de Cronbach* do estudo de validação foi de 0,81, sendo idêntico ao obtido na versão original. O valor da SVG da população portuguesa é de 68,92, abaixo dos valores considerados para os países ocidentais (Pais Ribeiro e Cummins, 2008). Neste estudo o valor *alfa de Cronbach* obtido foi de 0,82.

Todos os instrumentos mencionados foram aplicados pelo investigador principal e encontram-se em anexo (III, IV, V e VI).

4.3.5. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

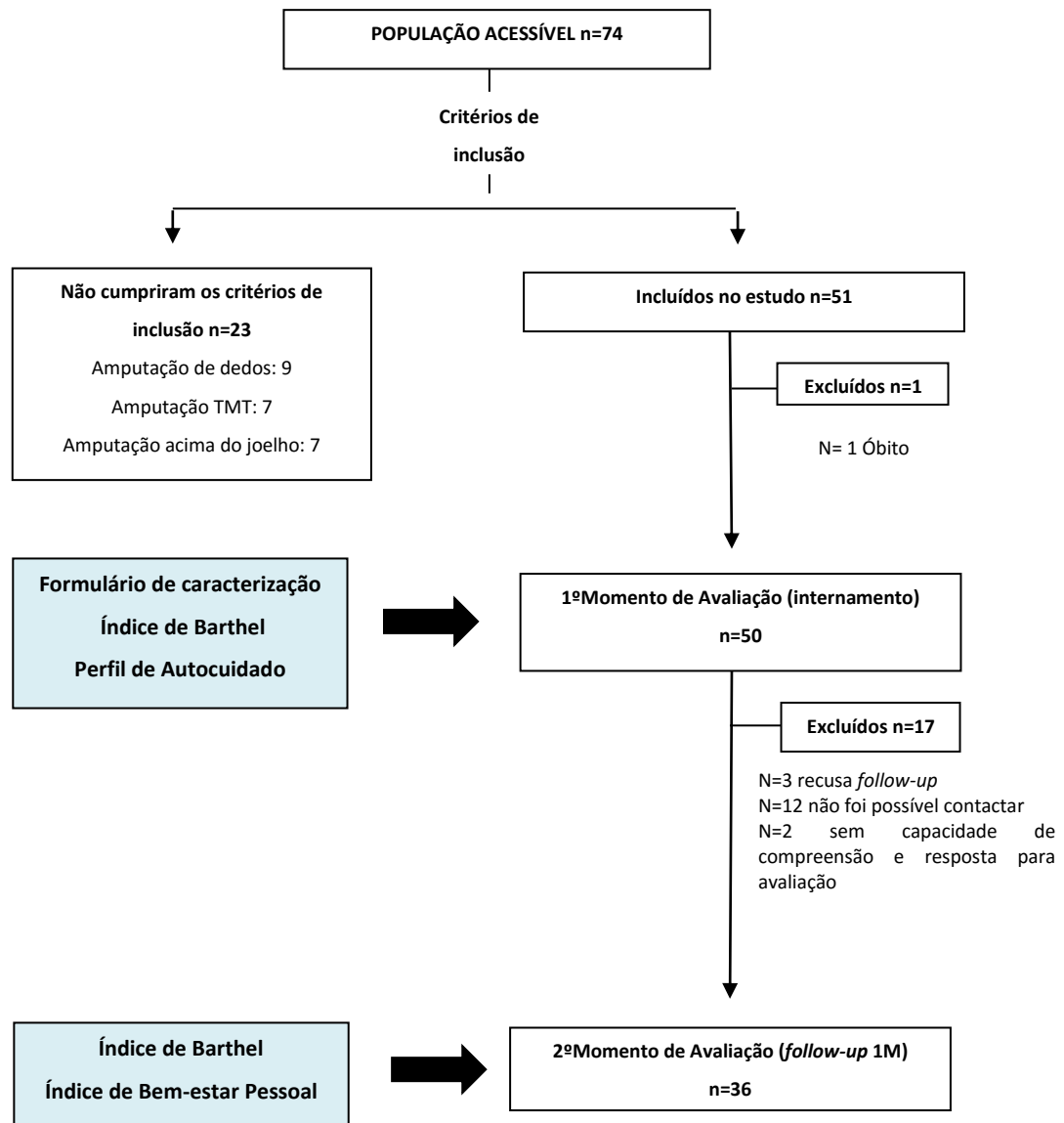
O presente estudo é constituído por dois momentos distintos de avaliação. O primeiro momento de avaliação foi realizado no internamento hospitalar. Após a amputação do membro inferior, encontrando-se a pessoa clinicamente estável, foram aplicados os instrumentos de recolha de dados: o formulário de caracterização, o instrumento de descrição dos perfis de autocuidado e o Índice de Barthel, este último num dos dois dias que antecederiam a alta clínica.

O segundo momento de avaliação foi efetuado um mês após a alta hospitalar do participante, caso os mesmos tenham dado autorização e cedido um contacto telefónico. Foi realizado desta forma um *follow-up*, com a aplicação do Índice de Barthel e do IBP.

A colheita de dados foi realizada no período de 19 de janeiro a 27 de junho de 2016.

Na figura 9 apresentamos a seleção realizada para a constituição da amostra em estudo pelos dois momentos de colheita de dados.

Figura 8 – Fluxograma das fases do estudo



4.3.6. ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Finalizada a recolha dos dados, procedemos à sua análise utilizando como suporte o programa SPSS IBM versão 22, na qual cada participante foi identificado com um código. A presente investigação apresenta um conjunto de variáveis, nominais, ordinais e contínuas (tabela 1). A análise quantitativa dos dados contemplou uma estatística descritiva e estatística analítica. Deste modo, inicialmente efetuámos uma análise exploratória dos dados através de estatística descritiva com a verificação das frequências e do cálculo das medidas de tendência central e de dispersão. A estatística descritiva encontra-se

apresentada em texto, gráficos e tabelas. Pretendemos, deste modo, uma melhor observação e compreensão das características dos participantes.

Quanto à estatística analítica, recorreremos à utilização de testes de diferença e correlações. A comparação de médias foi efetuada através dos testes de diferença paramétricos, nomeadamente o teste *t Student* para amostras independentes, o teste *t Student* para amostras emparelhadas e a ANOVA one way. Para verificar a associação entre as variáveis utilizamos o coeficiente Rho de *Spearman* (*rs*) e a correlação de *Pearson* (*r*). O coeficiente de *Spearman* indica o valor de associação, que pode variar entre -1 a +1. Um valor absoluto próximo de zero indica fraca ou nenhuma associação linear, enquanto que um valor próximo de 1 indica uma associação forte (Vilelas, 2009). Quanto à correlação de *Pearson*, este mede o grau de correlação e a direção desta mesma relação, podendo adquirir valores entre -1 a +1, sendo valor de *r* extremamente influenciado pelo valor de N. A interpretação assumida para a análise dos resultados quanto às correlações encontra-se no quadro 3 (Pestana e Gageiro, 2005). Apresentamos os resultados obtidos da estatística analítica em tabelas.

Quadro 3 – Interpretação dos valores das correlações

| |
|---------------------------------------|
| +1,00 correlação positiva perfeita |
| +0,95 correlação positiva muito forte |
| +0,60 correlação positiva forte |
| +0,50 correlação positiva moderada |
| +0,20 correlação positiva fraca |
| +0,10 correlação positiva muito fraca |
| 0,00 ausência de correlação |
| -0,10 correlação negativa muito fraca |
| -0,20 correlação negativa fraca |
| -0,50 correlação negativa moderada |
| -0,60 correlação negativa forte |
| -0,95 correlação negativa muito forte |
| -1,00 correlação negativa perfeita. |

Na aplicação dos testes de diferença e correlações supracitados assumi-mos um *p* de significância estatística inferior a 0,05. Segundo Vilelas (2009), em ciências da saúde, quando as probabilidades são inferiores a cinco por cento, ou seja, quando há menos de cinco probabilidades em 100 de se obter um determinado resultado, consideramos que são estatisticamente significativas.

4.3.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Durante a investigação foi uma preocupação constante respeitar os requisitos éticos, sendo cumpridos os princípios enunciados na Declaração de Helsínquia.

O direito de autodeterminação foi respeitado, na medida em que a pessoa é capaz de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação (Fortin, 2009). Foi entregue o consentimento livre e esclarecido (anexo II) a todos os participantes, e estes foram informados quer oralmente quer por escrito (anexo I) sobre a natureza e objetivos do estudo. Neste processo foi possibilitado à pessoa partilhar e validar a sua decisão com quem lhe era mais próximo, sempre que pretenderam.

O direito à intimidade foi salvaguardado ao longo do estudo bem como a confidencialidade dos dados obtidos.

O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo foi tido em consideração na medida em que não são previstos riscos ou inconvenientes para os utentes, pois não foram evocados aspetos suscetíveis de colocar em causa o seu bem-estar. Também não foram previstos benefícios imediatos para o utente. Contudo, consideramos que a possibilidade de falar com a pessoa sobre a sua condição de saúde, poderá permitir a sua consciencialização prévia e a disponibilidade apresentada proporcionará um momento reflexivo e de esclarecimento de dúvidas.

O direito a um tratamento justo e equitativo foi tido antes, durante e após a participação no estudo. Foi comunicado e esclarecido à pessoa a natureza do estudo, a sua finalidade, a duração da sua participação e os métodos utilizados. Os utentes foram também informados da ausência de prejuízo para os participantes que desistissem no decurso do estudo, assim como o acesso à informação relativa à sua participação no processo de investigação.

Para a realização do presente estudo obtivemos um parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do CHSJ/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e a autorização do Conselho de Administração do CHSJ (anexo X e XI).

FASE EMPÍRICA

5. RESULTADOS

Neste capítulo será efetuada a caracterização da amostra em estudo, a apresentação dos resultados obtidos e das estratégias utilizadas para a análise dos dados. A organização dos resultados será feita de acordo com as questões de investigação propostas.

Caracterização da amostra em estudo

A amostra em estudo foi constituída por 50 participantes, 18 do género feminino e 32 género masculino (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização do género dos participantes

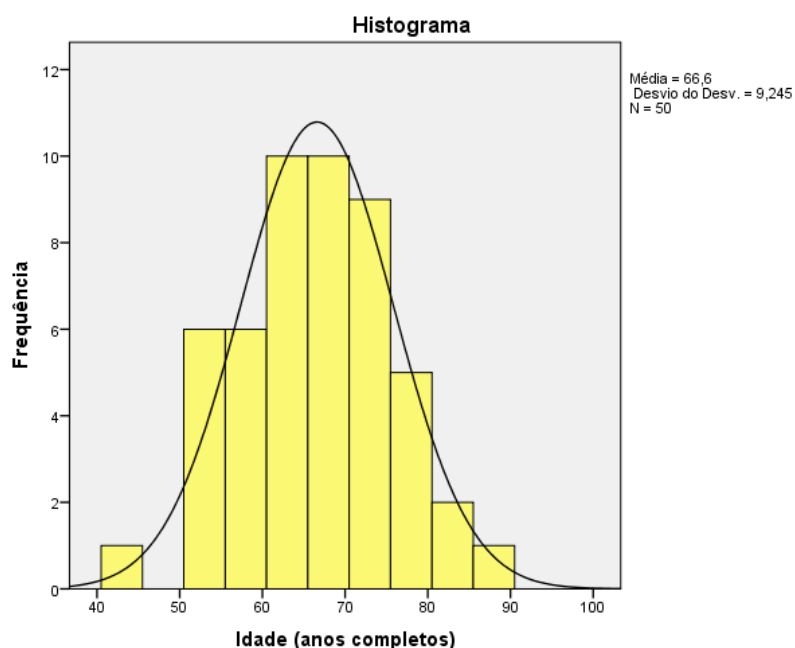
| | Género | |
|-----------|--------|-----|
| | n | % |
| Feminino | 18 | 36 |
| Masculino | 32 | 64 |
| Total | 50 | 100 |

Como apresentado na tabela 3, relativamente à idade dos participantes, a idade média apresentada foi de 66,6 anos (DP=9,25), sendo o valor da mediana 66,5 anos. As idades variaram entre os 43 e os 86 anos. No gráfico 1 apresentamos a variação das idades dos participantes por década de vida. Esta amostra apresenta uma escolaridade de 4,72 anos, sendo a moda de 4 anos o que nos demonstra que a 4ª classe é a escolaridade mais frequente entre os participantes (n=25). Deve-se referir que houveram participantes sem escolaridade no estudo (n=5).

Tabela 3 – Caracterização da idade e escolaridade dos participantes

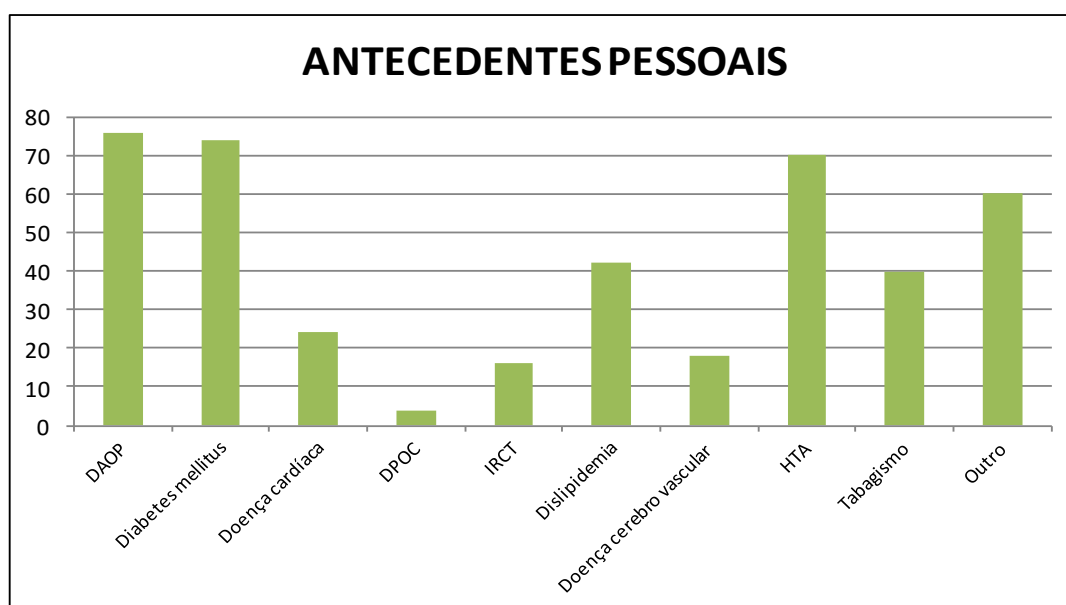
| | Idade (anos completos) | Escolaridade (completa em anos) |
|---------------|---------------------------|------------------------------------|
| Média | 66,60 | 4,72 |
| Mediana | 66,50 | 4 |
| Moda | 67 | 4 |
| Desvio padrão | 9,245 | 3,637 |
| Mínimo | 43 | 0 |
| Máximo | 86 | 15 |

Gráfico 1 – Idade dos participantes por década de vida



Como podemos observar no gráfico 2, os antecedentes pessoais mais presentes nos participantes desta amostra são a DAOP (n=38, 76%), a DM (n=37, 74%), a HTA (n=35, 70%), a dislipidemia (n=21, 42%) e o tabagismo (n=20, 40%). Constatamos também que cerca de 60% apresentam outro antecedente pessoal para além dos descritos.

Gráfico 2 – Antecedentes pessoais dos participantes



Quanto à condição laboral, 80% dos participantes são reformados. Quando questionados com quem vive, 40% dos participantes referem viver apenas com o

conjugue/companheira (o) e apenas 4% não vivem com nenhum familiar. Relativamente a quem recorre quando necessitam de apoio no autocuidado, apuramos que cerca de 86% recorre ao conjugue ou aos filhos. Verificamos que quase todos os participantes vieram do domicílio aquando do internamento hospitalar (n=48) e que, no momento da alta, 82% dos participantes regressaram ao domicílio (tabela 4).

Tabela 4 – Outros dados sociodemográficos dos participantes

| Dados sociodemográficos | | |
|---|----------|----------|
| | n | % |
| Condição laboral | | |
| Empregada (o) no ativo | 5 | 10 |
| Empregada (o) não ativo | 2 | 4 |
| Desempregada (o) | 2 | 4 |
| Reformado | 40 | 80 |
| Domestica | 1 | 2 |
| Com quem vive | | |
| Sozinho | 9 | 18 |
| Conjugue/ companheira (o) | 20 | 40 |
| Conjugue/ companheira (o)/ filha (o/os) | 7 | 14 |
| Filha (as/o/os) | 11 | 22 |
| Outro familiar | 1 | 2 |
| Outro não familiar | 1 | 2 |
| Institucionalizado | 1 | 2 |
| Apoio no autocuidado | | |
| Conjugue/ companheira (o) | 21 | 42 |
| Filhos | 22 | 44 |
| Vizinhos | 2 | 4 |
| Outro familiar | 4 | 8 |
| Instituição de apoio | 1 | 2 |
| Proveniência | | |
| Domicílio | 48 | 96 |
| Outro | 2 | 4 |
| Destino após alta | | |
| Domicílio | 41 | 82 |
| RNCCI | 7 | 14 |
| Outro | 2 | 4 |

Quanto aos dados clínicos, verificamos que 42% (n=21) dos participantes foram submetidos a amputação de dedos durante o internamento. Relativamente à realização de amputações *major*, estas corresponderam a 38% (n=19) das amputações efetuadas, respetivamente 24% (n=12) amputações acima do joelho e 14% (7) amputações abaixo do joelho. Como se pode observar na tabela 5, 30% (n=15) apresentavam já uma amputação contra-lateral prévia à amputação atual, sendo que 18% (n=9) são amputações *major*.

Tabela 5 – Caracterização dos níveis de amputação e amputação contra-lateral prévia dos participantes

| Níveis de amputação | | Amputação contra-lateral prévia | | | | | | | |
|---------------------|----------------------------|---------------------------------|----|-----------------|----|-----------------|----|-------|-----|
| | | Ausente | | Amputação Menor | | Amputação Maior | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| | Amputação de dedo (s) | 17 | 34 | 2 | 4 | 2 | 4 | 21 | 42 |
| | Amputação TMT | 7 | 14 | 2 | 4 | 1 | 2 | 10 | 20 |
| | Amputação abaixo do joelho | 4 | 8 | 1 | 2 | 2 | 4 | 7 | 14 |
| | Amputação acima do joelho | 7 | 14 | 1 | 2 | 4 | 8 | 12 | 24 |
| | Total | 35 | 70 | 6 | 12 | 9 | 18 | 50 | 100 |

Durante o internamento hospitalar foi questionado aos participantes se apresentavam dor no pós-operatório da cirurgia de amputação. Como observamos na tabela 6, 52% das pessoas manifestaram dor fantasma (n=13) ou dor por ferida (n=13). Verificamos também que os participantes que mais referiram dor foram os que apresentavam uma amputação acima do joelho (n=18), sendo que 12% (n=6) destes participantes referiram ter dor fantasma.

Tabela 6 – Caracterização da dor manifestada pelos participantes

| Níveis de amputação | | Dor | | | | | | | |
|---------------------|----------------------------|---------|----|--------------|----|----------------|----|-------|-----|
| | | Sem dor | | Dor fantasma | | Dor por ferida | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| | Amputação de dedo (s) | 13 | 26 | 0 | 0 | 8 | 16 | 21 | 42 |
| | Amputação TMT | 5 | 10 | 3 | 6 | 2 | 4 | 10 | 20 |
| | Amputação abaixo do joelho | 3 | 6 | 4 | 8 | 0 | 0 | 7 | 14 |
| | Amputação acima do joelho | 3 | 6 | 6 | 12 | 3 | 6 | 12 | 24 |
| | Total | 24 | 48 | 13 | 26 | 13 | 26 | 50 | 100 |

Como se pode observar na tabela 7, dos 26 participantes que manifestaram dor, a média da dor apresentada foi de 4,23 (DP=1,61), sendo a mediana 4. O valor de intensidade mínimo referido foi de 2 e o valor máximo foi de 10.

Tabela 7 – Caracterização da intensidade da dor manifestada pelos participantes

| | | | Intensidade da dor | |
|-------|----|----|--------------------|---|
| | n | % | | |
| 2 | 2 | 4 | Média | 4,23 |
| 3 | 7 | 14 | Mediana | 4 |
| 4 | 7 | 14 | Moda | 3ª (há varias modas, sendo apresentado o menor valor) |
| 5 | 7 | 14 | Desvio Padrão | 1,608 |
| 6 | 2 | 4 | Mínimo | 2 |
| 10 | 1 | 2 | Máximo | 10 |
| Total | 26 | 48 | | |

Quanto à presença de sensação fantasma, esta foi referida por 32% (n=16) dos participantes. Deve-se salientar que 81,25% (n=13) dos participantes com dor fantasma apresenta uma amputação *major* (tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização da sensação fantasma manifestada pelos participantes

| Níveis de amputação | | Sensação Fantasma | | | | | |
|---------------------|----------------------------|-------------------|----|----------|----|-------|-----|
| | | Ausente | | Presente | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % |
| | Amputação de dedo (s) | 19 | 38 | 2 | 4 | 21 | 42 |
| | Amputação TMT | 9 | 18 | 1 | 2 | 10 | 20 |
| | Amputação abaixo do joelho | 2 | 4 | 5 | 10 | 7 | 14 |
| | Amputação acima do joelho | 4 | 8 | 8 | 16 | 12 | 24 |
| | Total | 34 | 68 | 16 | 32 | 50 | 100 |

Relativamente ao tempo de internamento, a média apresentada foi de 36,22 dias (DP=25,45). Verificamos que o número de dias de internamento variou entre os participantes, tendo-se verificado no mínimo um internamento com a duração de 4 dias e no máximo de 111 dias. Contabilizando os dias pós cirurgia, em média os participantes tiveram alta aos 16 dias (DP=13,413) após a amputação, sendo a mediana aos 12 dias (tabela 9).

Tabela 9 – Caracterização do tempo de internamento e dia pós-operatório (alta) dos participantes

| | Tempo de internamento (dias) | Dia pós-operatório (alta) |
|---------------|------------------------------|---------------------------|
| Média | 36,22 | 16,34 |
| Mediana | 29,50 | 12,00 |
| Moda | 29 | 4 |
| Desvio padrão | 25,453 | 13,413 |
| Mínimo | 4 | 4 |
| Máximo | 111 | 64 |

Quando procedemos aos pontos de corte do *score* total do Índice de Barthel, avaliado aquando da alta hospitalar e um mês após (tabela 10), verificamos que no momento da alta 44% dos participantes apresentam um nível moderado de dependência nas ABVD's. Um mês após a alta hospitalar observamos que o número de participantes com total dependência (8,3%) e dependência grave (11,1%) diminuíram. No segundo momento de avaliação, a dependência moderada continua a ser a mais predominante entre os participantes (47,2%).

Tabela 10 – Níveis de dependência: no momento da alta hospitalar e 1M após

| Níveis de dependência | | Capacidade Funcional | | | |
|-----------------------|----------------------|----------------------|-------|----|-------|
| | | Alta | | 1M | |
| | | n | % | n | % |
| | Total dependência | 7 | 14 | 3 | 8,3 |
| | Dependência grave | 13 | 26 | 4 | 11,1 |
| | Dependência moderada | 22 | 44 | 17 | 47,2 |
| | Independência total | 8 | 16 | 12 | 33,3 |
| Total | | 50 | 100,0 | 36 | 100,0 |

Após verificar os níveis de dependência no autocuidado, consideramos pertinente verificar quais as ABVD's mais comprometidas na pessoa com amputação do membro inferior. Como podemos observar na tabela 11, no momento da alta hospitalar, 56% (n=28) dos participantes precisam de ajuda para tomar banho, 58% (n=29) precisam de alguma ajuda para vestir-se, 60% (n=30) não conseguem subir e descer escadas, 52% (n=26) deslocam-se em cadeira de rodas (sem assistência) e 58% (n=29) precisam de alguma ajuda para ir à casa de banho ou não são capazes. Verificamos também, que as ABVD's que se mantêm mais comprometidas um mês após a alta hospitalar são o tomar banho (41,7%) e o subir e descer escadas (61,1%). Apesar de ter diminuído o número de participantes que se deslocam em cadeira de rodas um mês após a alta hospitalar, constatamos que 38,9% (n=14) ainda necessitam deste dispositivo para se deslocarem sozinhos.

Tabela 11 - Níveis de dependência nas atividades básicas de vida diária dos participantes

| Índice de Barthel | | Alta | | 1M | |
|---|---|------|----|----|------|
| | | n | % | n | % |
| Higiene pessoal | Precisa de ajuda | 1 | 2 | 0 | 0 |
| | Independente na higiene pessoal | 49 | 98 | 36 | 100 |
| Tomar banho | Precisa de ajuda | 28 | 56 | 15 | 41,7 |
| | Independente no tomar banho | 22 | 44 | 21 | 58,3 |
| Vestir-se | Precisa de ajuda | 7 | 14 | 2 | 5,6 |
| | Precisa de ajuda para algumas coisas | 22 | 44 | 12 | 33,3 |
| | Independente no vestir-se | 21 | 42 | 22 | 61,1 |
| Alimentar-se | Precisa de ajuda | 1 | 2 | 0 | 0 |
| | Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar manteiga, etc | 3 | 6 | 0 | 0 |
| | Independente no alimentar-se | 46 | 92 | 36 | 100 |
| levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho | Incapaz | 4 | 8 | 2 | 5,6 |
| | Precisa de grande ajuda | 8 | 16 | 4 | 11,1 |
| | Precisa de pequena ajuda | 11 | 22 | 5 | 13,9 |
| | Independente no levantar-se | 27 | 54 | 25 | 69,4 |
| Subir e descer escadas | Incapaz | 30 | 60 | 17 | 47,2 |
| | Precisa de ajuda | 12 | 24 | 5 | 13,9 |
| | Independente | 8 | 16 | 14 | 38,9 |
| Andar/marcha ou deslocar-se | Incapaz | 6 | 12 | 2 | 5,6 |
| | Anda em cadeira de rodas (sem assistência) | 26 | 52 | 14 | 38,9 |
| | Consegue andar com a ajuda de uma pessoa | 3 | 6 | 2 | 5,6 |
| | Consegue andar (com ou sem dispositivos de ajuda) | 15 | 30 | 18 | 50 |
| Função intestinal | Não controla | 1 | 2 | 1 | 2,8 |
| | Controla às vezes | 6 | 12 | 3 | 8,3 |
| | Continente | 43 | 86 | 32 | 88,9 |
| Função urinária | Não controla | 1 | 2 | 1 | 2,8 |
| | Controla às vezes | 2 | 4 | 1 | 2,8 |
| | Continente | 47 | 94 | 34 | 94,4 |
| Ir a casa de banho | Não consegue ir à casa de banho | 11 | 22 | 4 | 11,1 |
| | Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho | 18 | 36 | 9 | 25 |
| | Independente | 21 | 42 | 23 | 63,9 |

Após verificarmos as ABVD's mais comprometidas, decidimos averiguar como se distribui a dependência no andar/marcha ou deslocar-se tendo em consideração os níveis de amputação (tabela 12). Como podemos observar, no momento da alta hospitalar, cerca de 80% (n=6) das pessoas com amputação transmetatársica, 85,71% (n=8) das pessoas com amputações abaixo do joelho e 100% das pessoas com amputação acima do joelho deslocam-se sozinhas em cadeira de rodas ou são incapazes de o fazer. Um mês após a alta hospitalar apuramos que 92,31% (n=12) das pessoas com amputação *major* deslocam-se sozinhas em cadeira de rodas ou são incapazes. As pessoas com amputação de dedos são as que apresentam menor comprometimento desta ABVD nos dois momentos avaliados.

Tabela 12 – Níveis de amputação e atividade básica de vida diária: andar/marcha ou deslocar-se

| Barthel alta: consegue andar/marcha ou deslocar-se | | Níveis de amputação | | | | | | | |
|--|--|---------------------|-------|---------------|-----|----------------------------|-------|---------------------------|-------|
| | | Amputação de dedos | | Amputação TMT | | Amputação Abaixo do joelho | | Amputação acima do joelho | |
| | Alta hospitalar | n | % | n | % | n | % | n | % |
| | Incapaz | 0 | 0 | 2 | 20 | 0 | 0 | 4 | 33,33 |
| | Anda em cadeira de rodas (sem assistência) | 6 | 28,57 | 6 | 60 | 6 | 85,71 | 8 | 66,67 |
| | Consegue andar com a ajuda de uma pessoa | 2 | 9,53 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Consegue andar (com ou sem dispositivo de ajuda) | 13 | 61,9 | 1 | 10 | 1 | 14,29 | 0 | 0 |
| | Total | 21 | 100 | 10 | 100 | 7 | 100 | 12 | 100 |
| | 1M após Alta hospitalar | | | | | | | | |
| | Incapaz | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 20 |
| Anda em cadeira de rodas (sem assistência) | 1 | 7,14 | 3 | 33,33 | 3 | 100 | 7 | 70 | |
| Consegue andar com a ajuda de uma pessoa | 1 | 7,14 | 1 | 11,11 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Consegue andar (com ou sem dispositivo de ajuda) | 12 | 85,72 | 5 | 55,56 | 0 | 0 | 1 | 10 | |
| Total | 14 | 100 | 9 | 100 | 3 | 100 | 10 | 100 | |

Para conhecer o perfil de autocuidado da pessoa com amputação do membro inferior, utilizamos um conjunto de questões do SHDE (quadro 2) que “caracterizam” cada um dos quatro perfis de autocuidado.

Seguindo as recomendações dos autores para a determinação dos perfis de autocuidado, fez-se uma análise prévia do poder de discriminação do item. Assim, os itens sem poder discriminativo foram eliminados. O item foi considerado discriminativo se tivesse valores diferentes no primeiro, segundo e terceiro tercil. As questões que apuramos não serem discriminatórias foram as seguintes para cada perfil:

- Perfil Responsável: nº 13, nº 14, nº 15, nº 26, nº 27, nº 30 e nº 40
- Perfil Formalmente Guiado: nº 1, nº 3, nº 18 e nº 35
- Perfil Independente: nº 20, nº 21, nº 38 e 39
- Perfil de Abandono: nº 7

Dada a dificuldade em apurar um perfil puro ou predominante para cada participante, optamos por excluir da análise as questões supracitadas e voltamos a analisar o *score* médio de cada participante em cada um dos perfis (compreendido entre 1 e 5). Consideramos um perfil puro ou dominante quando os participantes apresentam um *score* mais elevado nesse perfil com pelo menos 0,5 pontos de diferença dos outros perfis. Quando este pressuposto não se verificou, assumimos que o participante apresenta um

perfil indefinido. Esta análise foi diferente da realizada por Sequeira (2011) que ao verificar uma elevada quantidade de casos indefinidos definiu uma associação de perfis nos seus resultados, num total de 9. No estudo em causa pretendemos definir apenas um perfil para cada participante. Face ao exposto, apresentamos na tabela 13 os perfis de autocuidado da amostra em causa.

Como podemos observar, 18% dos participantes (n=9) apresentam um perfil formalmente guiado e a 52% (n=26) dos participantes não foi assumido um perfil definido.

Tabela 13 – Perfil de autocuidado dos participantes

| Perfil de autocuidado | | n | % |
|-----------------------|--------------------|----|------|
| | | 6 | 12 |
| | Responsável | 9 | 18 |
| | Formalmente Guiado | 3 | 6 |
| | Independente | 6 | 12 |
| | De Abandono | 26 | 52 |
| | Indefinido | 50 | 100% |
| Total | | | |

Em seguida, iremos apresentar os resultados obtidos da análise inferencial dos dados. Os resultados obtidos encontram-se organizados de acordo com as questões de investigação propostas.

Qual a relação dos atributos sociodemográficos (idade, género) e dos dados clínicos (nível de amputação, dor e tempo de internamento) com a capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior?

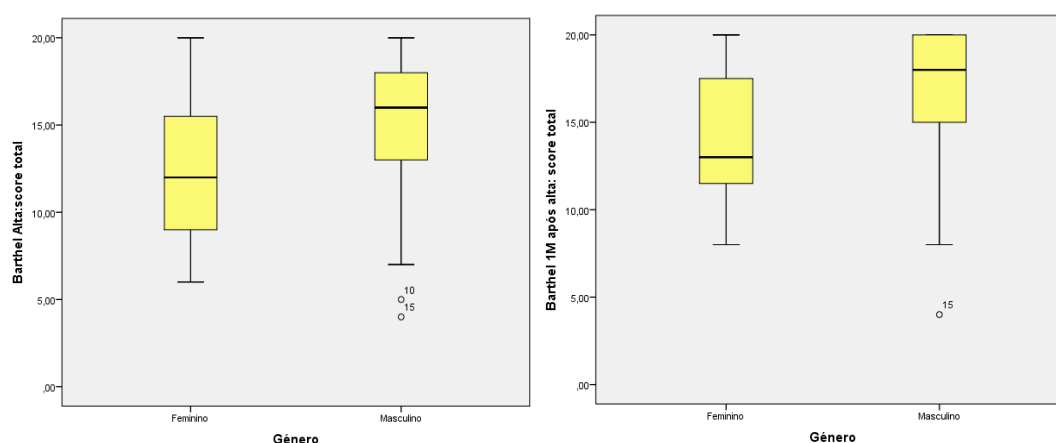
Como se pode observar na tabela 14, a média do *score* do Índice de Barthel dos participantes no momento da alta foi de 13,88 (DP=4,65) sendo a mediana de 14,5. Observamos também, que um mês após a alta hospitalar a média do *score* total do Índice de Barthel foi de 15,83 (DP=4,37). Comparando estes valores percebemos que as diferenças de médias desta medida, tendo em conta os dois momentos de avaliação, são estatisticamente diferentes ($t(35)=4,75$; $p=0,0001$). Procedemos a uma avaliação separada entre homens e mulheres (gráfico 3). Verificamos que as mulheres apresentam um *score* inferior, e, portanto uma funcionalidade mais comprometida que os homens nos dois momentos de avaliação. No momento da alta hospitalar, as participantes apresentam uma média do *score* total do Índice de Barthel de 13,22 (DP=5,06) e um mês após apresentam uma média do *score* total do Índice de Barthel de 14,18 (DP=4,26). Analisando as diferenças de médias, concluímos que elas são marginalmente significativas ($t(10)=1,95$; $p=0,08$). No caso dos homens, o valor da média do *score* médio do Índice de Barthel foi de 14,25 (DP=

4,45) no momento da alta hospitalar. Um mês após a sua alta aumentou para 16,56 (DP=4,30). Concluímos que os homens tiveram uma melhoria significativa da sua funcionalidade (($t(24)=4,62$; $p=0,0001$) e que as diferenças anteriormente registadas ocorreram essencialmente no género masculino.

Tabela 14 – Caracterização do score do Índice de Barthel quanto ao género

| Gênero | Feminino/Masculino | Capacidade funcional | | | |
|-----------|--------------------|----------------------|---------------|-----------|-------|
| | | n/% | Barhel alta | Barhel 1M | |
| | | | 50/100% | 36/100% | |
| | | | Média | 13,88 | 15,83 |
| | | | Mediana | 14,5 | 16,6 |
| | | | Moda | 12 | 20 |
| | | | Desvio padrão | 4,65 | 4,37 |
| | | | Mínimo | 4 | 4 |
| | Máximo | 20 | 20 | | |
| | Feminino | n/% | 18/36% | 11/30,56% | |
| | | Média | 13,22 | 14,18 | |
| | | Mediana | 12 | 13 | |
| | | Moda | 12 | 13 | |
| | | Desvio padrão | 5,06 | 4,26 | |
| Mínimo | | 4 | 8 | | |
| Máximo | | 20 | 20 | | |
| Masculino | | n/% | 32/64% | 25/69,44 | |
| | Média | 14,25 | 16,56 | | |
| | Mediana | 15 | 18 | | |
| | Moda | 16 | 20 | | |
| | Desvio padrão | 4,45 | 4,30 | | |
| | Mínimo | 4 | 4 | | |
| | Máximo | 20 | 20 | | |

Gráfico 3- Capacidade funcional no momento da alta e 1 mês após a alta clínica, tendo em consideração o género



Para verificar se existe correlação entre a idade e o número de dias de internamento com a capacidade funcional utilizamos a correlação de *Pearson* (r). Verificamos que há uma

correlação negativa fraca entre a idade e o *score* total do Índice de Barthel apresentado no momento da alta ($r=-0,425$; $N=50$; $p=0,002$) e um mês após a alta ($r=-0,459$; $N= 36$; $p=0,005$). Quanto ao tempo de internamento não se verificou correlação com a capacidade funcional (tabela 15).

Tabela 15 – Matriz de correlação entre a idade e o tempo de internamento e a capacidade funcional

| CORRELAÇÕES | | Idade (anos completos) | Tempo de internamento | Barthe alta: Score total |
|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Idade (anos completos) | Pearson (p) | - | - | - |
| Tempo de internamento | Pearson (p) | -0,217 | - | - |
| Barthel alta | Pearson (p) | -0,425** 0,002 | -0,244 | - |
| Barthel 1M | Pearson (p) | -0,459** 0,005 | 0,025 | ,861** ,000 |

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Relativamente aos níveis de amputação, verificamos que, tanto no momento da alta hospitalar como um mês após, os participantes com amputação de dedo(s) são os que apresentam um *score* mais elevado do Índice de Barthel e, portanto, melhor funcionalidade. Observamos também que da primeira avaliação até um mês após houve um aumento do *score* total para todos os níveis de amputação (tabela 16). Apesar desta melhoria, apenas nas pessoas com amputação transmetatársica houve alteração do seu nível de dependência de grave para moderado.

Tabela 16 – Capacidade funcional e os níveis de amputação do membro inferior

| | | Barthel alta | | | Barthel 1M | | |
|---------------------|----------------------------|--------------|----|-----|------------|----|----|
| | | Média | N | % | Média | N | % |
| Níveis de amputação | Amputação de dedo(s) | 17,14 | 21 | 42% | 18.64 | 14 | 28 |
| | Amputação transmetatársica | 12,50 | 10 | 20% | 15,78 | 9 | 18 |
| | Amputação abaixo do joelho | 13,29 | 7 | 14% | 15,67 | 3 | 6 |
| | Amputação acima do joelho | 9,67 | 12 | 24% | 12 | 10 | 20 |
| | Total | 13,68 | 50 | 100 | 15,55 | 36 | 72 |

Após análise dos dados anteriores, aplicamos o teste paramétrico ANOVA (tabela 17) para verificar se existem diferenças entre os níveis de amputação e a capacidade funcional avaliada nos dois momentos. O teste ANOVA one-way mostra que os quatro grupos em análise apresentam diferenças estatísticas significativas quanto ao *score* total do Índice de

Barthel na alta hospitalar ($F(3,46)=11,65$; $p=0,0001$) e o *score* total do Índice de Barthel um mês após a alta hospitalar ($F(3,32)=6,68$; $p=0,001$). Com a aplicação do teste post-hoc Gabriel, apuramos que as diferenças se localizam na comparação das pessoas com amputação de dedos (situação menos grave) com as situações mais graves, nomeadamente pessoas com amputação transmetatársica ($p=0,008$) e amputação acima do joelho ($p=0,0001$) no momento da alta hospitalar e entre as pessoas com amputação de dedos e amputação acima do joelho ($p=0,001$) um mês após a alta hospitalar.

Tabela 17 – Teste paramétrico ANOVA: capacidade funcional e níveis de amputação

| | | ANOVA | | | | |
|---------------------|--------------|--------------------|----|----------------|--------|--------|
| | | Soma dos Quadrados | df | Quadrado Médio | F | Sig. |
| Barthel alta | Entre Grupos | 458,113 | 3 | 152,704 | 11,646 | 0,0001 |
| | Nos grupos | 603,167 | 46 | 13,112 | | |
| | Total | 1061,280 | 49 | | | |
| Barthel 1M | Entre Grupos | 257,563 | 3 | 85,854 | 6,677 | 0,001 |
| | Nos grupos | 411,437 | 32 | 12,857 | | |
| | Total | 669,000 | 35 | | | |

Verificamos em seguida, através da correlação de *Spearman*, que existe uma correlação negativa forte entre os níveis de amputação e a capacidade funcional apresentada no momento da alta hospitalar ($r_s=-0,64$; $N=50$; $p=0,0001$) e entre os níveis de amputação e a capacidade funcional um mês após a alta hospitalar ($r_s=-0,61$; $N=36$; $p=0,0001$). Concluimos assim que quanto mais proximal o nível de amputação menor é o valor apresentado no *score* total do Índice de Barthel.

Relativamente à dor, registamos que 50% dos participantes manifestam a sua presença (tabela 18). Quando comparamos os valores do Índice de Barthel nas pessoas com dor e nas que não referem dor, através do teste *t Student* para amostras independentes, percebemos que a dor não é um fator associado à incapacidade funcional no momento da alta.

Tabela 18 – Capacidade funcional e dor (ausência/presença)

| Dor | | Barthel alta | | |
|-------|----------|--------------|----|------|
| | | Média | n | % |
| | Ausente | 14,96 | 24 | 48% |
| | Presente | 12,88 | 26 | 52% |
| Total | | 13,88 | 50 | 100% |

A capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior aumenta um mês após a alta?

Uma das principais preocupações deste estudo é analisar a capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior em dois momentos diferentes com espaçamento temporal de um mês. Para isso, aplicamos o teste *t Student* para amostras emparelhadas. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o *score* do Índice Barthel na alta hospitalar ($M=13,88$; $DP=4,65$) e um mês após ($M=15,83$; $DP= 4,37$), sendo estes dados confirmados pelo teste *t* ($t(35)=4,753$; $p=0,001$).

Qual a relação entre a capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior e o seu perfil de autocuidado?

Verificamos, em seguida, como se comportam os valores obtidos no Índice de Barthel nos dois momentos de avaliação e os respectivos perfis de autocuidado (tabela 19). Salvaguardamos, contudo, que os resultados apresentados são vulneráveis pela forma como apuramos os perfis, já descrita anteriormente. Como podemos observar, o perfil de autocuidado independente apresentou valores mais elevados no *score* do Índice de Barthel nos dois momentos avaliados ($M_1=18,67$; $M_2=19$) e as pessoas definidas com um perfil de autocuidado de abandono foram as que apresentaram valores mais baixo ($M_1=12,17$; $M_2=13,17$).

Tabela 19 – Perfil de Autocuidado e a capacidade Funcional

| Perfil de Autocuidado | | Capacidade funcional | | | | | | |
|-----------------------|--------------------|----------------------|----|----|--|------------|----|----|
| | | Barthel Alta | | | | Barthel 1M | | |
| | | Média | n | % | | Média | n | % |
| | Responsável | 16,83 | 6 | 12 | | 17,83 | 6 | 12 |
| | Formalmente Guiado | 11,78 | 9 | 18 | | 14,83 | 9 | 18 |
| | Independente | 18,67 | 3 | 6 | | 19 | 3 | 6 |
| | De abandono | 12,17 | 6 | 12 | | 13,17 | 6 | 12 |
| | Indefinido | 13,77 | 26 | 52 | | 16,06 | 26 | 52 |

Para analisar os perfis de autocuidado seguimos as recomendações das autoras, excluimos os itens sem capacidade discriminativa. Assim, cada participante obteve um *score* para cada um dos perfis de autocuidado (responsável, formalmente guiado, independente e de abandono). Observa-se uma correlação estatisticamente significativa (tabela 20) positiva moderada entre a capacidade funcional (avaliada pelo Índice de Barthel, no momento da alta) e o perfil de autocuidado independente ($r=0,57$, $N=50$,

$p=0,001$). As forças de associação entre o Índice de Barthel, no momento da alta, com os autocuidados formalmente guiado e de abandono são também significativos, embora com associações inversas e mais fracas.

Os resultados tendem em manter o mesmo padrão um mês após a alta, apenas o perfil de autocuidado formalmente guiado deixou de ter correlação significativa.

Tabela 20 – Matriz de correlação de *Pearson*: score obtido nas questões para cada perfil de autocuidado e capacidade funcional

| | | Barthel alta | Barthel 1M |
|---------------------------|-----------------------|--------------|------------|
| Perfil Responsável | Correlação de Pearson | 0,431** | ,360* |
| | Sig. (2 extremidades) | ,002 | ,031 |
| | N | 50 | 36 |
| Perfil Formalmente Guiado | Correlação de Pearson | -,311* | -,249 |
| | Sig. (2 extremidades) | ,028 | ,143 |
| | N | 50 | 36 |
| Perfil Independente | Correlação de Pearson | ,570** | ,410* |
| | Sig. (2 extremidades) | ,000 | ,013 |
| | N | 50 | 36 |
| Perfil de Abandono | Correlação de Pearson | -,402** | -,530** |
| | Sig. (2 extremidades) | ,004 | ,001 |
| | N | 50 | 36 |

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Qual a satisfação com a vida em geral da pessoa com amputação do membro inferior?

Um mês após a alta hospitalar foi também nossa preocupação conhecer a SVG dos participantes através do IBP. Como se pode observar na tabela 21, os valores em todos os domínios variaram entre 0 e 10, ou seja, entre totalmente insatisfeito e totalmente satisfeito. O domínio que apresenta uma média de pontuação obtida mais baixa foi a satisfação com a saúde ($M=5,42$; $DP=3,29$) e o que apresentou valores mais elevados foi a satisfação com as relações pessoais ($M=8,53$; $DP=1,34$). A SVG apresentada pela amostra foi de 65,2%.

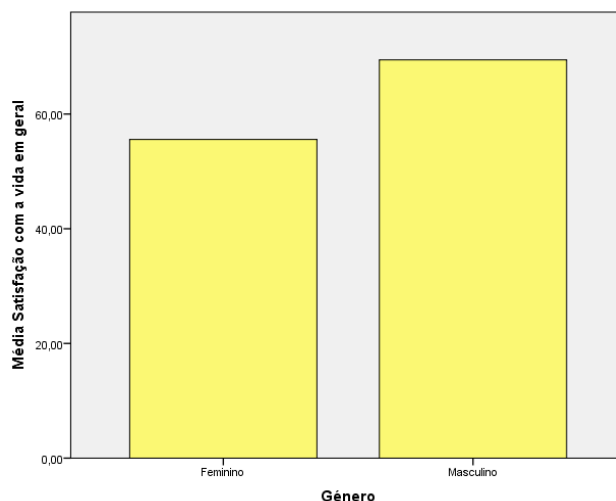
Tabela 21 – Satisfação com a vida em geral e domínios do IBP dos participantes

| Satisfação com a vida em geral | | Média | Mediana | Moda | Desvio padrão | Mínimo | Máximo |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------|---------|--------------------|---------------|--------|--------|
| | Nível de vida | 5,80 | 7,5 | 8 | 3,57 | 0 | 10,00 |
| | Saúde | 5,42 | 7 | 7 | 3,29 | 0 | 10,00 |
| | Realização pessoal | 6,39 | 7 | 7 ^a | 2,85 | 0 | 10,00 |
| | Relações pessoais | 8,53 | 9 | 8 ^a | 1,34 | 5 | 10,00 |
| | Sentimento de segurança | 5,81 | 5 | 5 | 2,47 | 1 | 10,00 |
| | Ligação à comunidade | 7,19 | 7 | 7 | 2,04 | 0 | 10,00 |
| | Segurança com o futuro | 5,47 | 5 | 5 | 2,39 | 0 | 10,00 |
| | Vida religiosa ou espiritualidade | 7,56 | 8 | 8 | 1,75 | 4 | 10,00 |
| | IBP score total | 65,2 | 67,5 | 66,25 ^a | 17,07 | 31,25 | 100,00 |

a. Ha vários modos. O menor valor é mostrado

Qual a relação da satisfação com a vida em geral com os atributos sociodemográficos (género, idade e escolaridade) e o nível de amputação?

Após verificar a SVG, decidimos apurar se existe relação com o género dos participantes. Apuramos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino e a sua SVG ($t(34)=-2,40$; $p=0,022$), apresentando os homens maior satisfação com a vida (gráfico 4).

Gráfico 4 –SVG em função do género

Analisamos, através da correlação de *Pearson*, se a idade e a escolaridade se correlacionam com a SVG dos participantes. Como podemos observar na tabela 22, há uma correlação negativa fraca significativa entre a idade e a SVG ($r=-0,4$; $N= 36$; $p=0,016$). Não foi encontrada relação significativa entre a SVG e a escolaridade.

Tabela 22 – Matriz de Correlação de *Pearson*: SVG, idade e escolaridade

| | | Idade (anos completos) | Escolaridade (anos completos) |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| Escolaridade (anos completos) | Correlação de Pearson | -0,465** | - |
| | Sig. (2 extremidades) | 0,001 | - |
| | N | 50 | - |
| SVG | Correlação de Pearson | -0,400* | 0,183 |
| | Sig. (2 extremidades) | 0,016 | 0,286 |
| | N | 36 | 36 |

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Também se analisou a correlação entre a SVG e os níveis de amputação, através da correlação de *Spearman*, não tendo sido encontrada associação com significado estatístico.

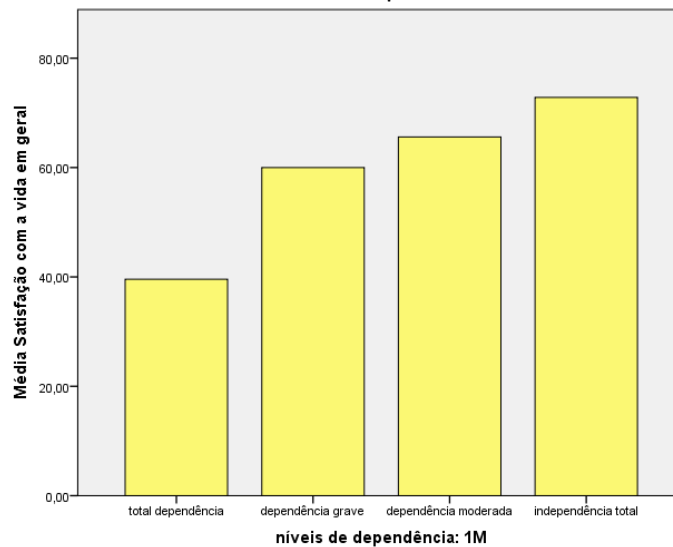
Qual a relação entre a capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior e a sua satisfação com a vida em geral?

Ao avaliar a SVG, questionamo-nos como esta varia tendo em conta os níveis de dependência em que a pessoa amputada se encontra um mês após a sua alta hospitalar. Como podemos observar na tabela 23, as pessoas com uma dependência total apresentam um valor mais baixo da SVG. Notamos ainda que quanto maior o nível de dependência mais baixo é o valor da SVG (gráfico 5).

Tabela 23 – SVG e níveis de dependência

| | | Satisfação com a vida em geral | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------------|----|-------|
| | | Média | n | % |
| Níveis de dependência: 1M | Total dependência | 39,58 | 3 | 8,3% |
| | Dependência grave | 60,00 | 4 | 11,1% |
| | Dependência moderada | 65,59 | 17 | 47,2% |
| | Independência total | 72,81 | 12 | 33,3% |

Gráfico 5 – Níveis de dependência e SVG



Verificamos, através da correlação de *Pearson*, que existe correlação estatisticamente significativa positiva e fraca entre os níveis de dependência (Índice de Barthel) e a SVG ($r_s=0,53$; $N=36$; $p=0,001$).

Qual a relação entre o perfil de autocuidado e a satisfação com a vida em geral?

Podemos apurar que existe correlação estatisticamente significativa positiva fraca entre as respostas obtidas para o perfil de autocuidado responsável e a SVG ($r=0,43$, $N=36$, $p=0,01$) e também correlação estatisticamente significativa negativa fraca entre as respostas obtidas no perfil de autocuidado de abandono e a SVG. Para as respostas relativas ao perfil de autocuidado formalmente guiado e independente não foram verificadas correlações significativas com a SVG (tabela 24).

Tabela 24 – Matriz de Correlação de *Pearson*: respostas obtidas nos perfis de autocuidado e

SVG

| | | Satisfação com a vida em geral |
|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Perfil Responsável | Correlação de <i>Pearson</i> | 0,425** |
| | Sig. (2 extremidades) | 0,010 |
| | N | 36 |
| Perfil Formalmente Guiado | Correlação de <i>Pearson</i> | -0,115 |
| | Sig. (2 extremidades) | 0,505 |
| | N | 36 |
| Perfil Independente | Correlação de <i>Pearson</i> | 0,257 |
| | Sig. (2 extremidades) | 0,130 |
| | N | 36 |
| Perfil de Abandono | Correlação de <i>Pearson</i> | -0,454** |
| | Sig. (2 extremidades) | 0,005 |
| | N | 36 |

6. DISCUSSÃO

Neste capítulo pretendemos analisar os resultados obtidos nesta investigação tecendo algumas comparações com outros estudos e reflexões do que foi apurado

A Caracterização dos participantes

Relativamente às características sociodemográficas, verificamos que os participantes são maioritariamente do género masculino e idosos. Outros estudos efetuados com pessoas com amputação por etiologia vascular apresentaram as mesmas características (Rolim, et al., 2015; Suckon et al., 2012; Dillingham, Yacub e Pezzin, 2011; Mahoney et al., 2010; Lopes e Brito, 2009; Hoshino et al., 2008). Esta amostra apresenta uma escolaridade baixa, em que maioritariamente os elementos apresentam quatro anos de escolaridade e encontram-se reformados (80%), tal como na investigação de Machado Vaz et al. (2012), realizada na consulta de MFR do CHSJ. Também o estudo de Lopes e Brito (2009) revela uma baixa escolaridade desta população. Quando questionados com quem vive, 40% dos participantes referem viver apenas com o conjugue/companheira(o), sendo semelhante o número de participantes que recorre ao conjugue/companheira(o) ou aos filhos quando questionados a quem recorrem quando precisam de ajuda no autocuidado.

Quanto aos dados clínicos, observamos que 42% (n= 21) dos participantes foram submetidos a amputação de dedo(s), 20% (n= 10) a amputação transmetatársica, 14% (n=7) a amputação abaixo do joelho e 24% (n=12) a amputações acima do joelho. A DAOP, a DM e a HTA foram as patologias mais presentes nesta amostra. Resultados sobreponíveis foram apresentados nos estudos de Machado Vaz et al. (2012), Suckow et al. (2012) e Hoshino et al. (2008). Rolim et al. (2015) apresentam a DAOP e DM como fatores de risco *major* para amputação. Cerca de 40% dos participantes são ou foram fumadores. Resultado próximo foi dado por Machado Vaz et al. (2012) em que 53,8% da sua amostra também tem este antecedente pessoal.

O tempo de internamento médio para esta amostra foi de 36,22 dias, sendo o mínimo de 4 e o máximo de 111 dias. Este tempo elevado de internamento poderá estar associado aos exames prévios (e.g. angiografia) que a pessoa realiza antes da cirurgia e às sucessivas idas ao bloco operatório por insucesso na revascularização do membro amputado ou ao facto de estar a aguardar alta para a RNCCI. No estudo de Rolim et al. (2015), 42% das cirúrgias de amputação foram precedidas de cirurgias de revascularização. No estudo de Suckow et al. (2012) o tempo de internamento da pessoa submetida a cirurgia de amputação após revascularização variou entre 10,5 a 13,1 dias, valores ligeiramente inferiores. Algo que não foi contabilizado no nosso estudo foram as cirúrgias de revisão do coto de amputação ou reamputações (amputação a um nível anatómico diferente) em casos de evolução desfavorável da ferida cirúrgica ou progressão da doença isquémica, o que também poderá ter influenciado o tempo de internamento. Como referido nos critérios de inclusão, registamos o nível mais proximal de amputação caso a pessoa tenha sido submetida a mais que uma amputação no mesmo internamento. O facto de estarmos perante um tempo de internamento tão prolongado constitui uma oportunidade para a intervenção do enfermeiro de reabilitação, promovendo a capacidade funcional e, portanto, um regresso a casa mais adaptado.

Verificamos que 82% da nossa amostra teve alta para o domicílio. O estudo de Dillingham, Yacub e Pezzin (2011) refere que as diferenças encontradas no destino após a alta hospitalar da pessoa amputada são condicionadas pela condição clínica da pessoa, a presença de outros diagnósticos, a disponibilidade dos serviços na área de residência, os rendimentos, o suporte familiar e a capacidade funcional.

A capacidade funcional

Um dos grandes objetivos deste estudo foi o de operacionalizar a capacidade funcional da pessoa amputada no momento da alta hospitalar e perceber como esta evolui um mês após. Os resultados sugerem que embora com limitações graves após a amputação, a funcionalidade melhora entre a alta e um mês após.

Os homens apresentaram um *score* mais elevado no Índice de Bathel, e portanto maior capacidade funcional que as mulheres, nos dois momentos de avaliação, contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas. Mas, ao avaliarmos o género separadamente, apuramos que existiram diferenças intrasujeitos estatisticamente significativas no género masculino. Vogel, Petroski e Kruse (2014), num estudo realizado com pessoas amputadas num lar de idosos, acompanharam a evolução da capacidade

funcional antes do internamento e seis meses após a alta hospitalar e concluíram que o género feminino é fator preditivo para um pior desempenho funcional.

Em relação à idade, verificamos que esta, como seria esperado, se correlaciona negativamente com a funcionalidade. Para além da idade estar associada a uma menor funcionalidade, a amostra deverá ter uma influencia da doença. Todavia, como não temos grupo de controlo não foi possível detetar este efeito esperado. O estudo de Suckow et al. (2012) revela que a idade avançada é um fator preditivo negativo do desempenho funcional no momento da alta hospitalar. Resultados semelhantes obtiveram Shoppen et al. (2003), demonstrando que a idade aquando da amputação é um fator preditivo negativo para a funcionalidade às duas semanas de pós-operatório.

Ao contrário do esperado, não encontramos relação entre maior tempo de internamento e a capacidade funcional. A média de dias de internamento foi elevada o que poderá estar relacionado com as complicações e insucesso cirúrgico. O estudo de Hoshino et al. (2008) em que os autores compararam o tempo de internamento e os níveis de amputação, encontraram uma associação entre o tempo de internamento e a funcionalidade.

Relativamente ao nível de amputação, os resultados comprovam que a funcionalidade está relacionada com o nível da amputação, ou seja, maior comprometimento físico e menor capacidade funcional. Também Suckow et al. (2012) referem que pessoas com uma amputação *major* têm aproximadamente menos 50% de desenvolvimento de uma boa capacidade funcional após um ano e que o *status* funcional alcançado pela pessoa amputada está diretamente relacionado com o nível de amputação. A questão da seleção do nível de amputação deve ser ponderada, pois esta decisão trará repercussões no dia-a-dia da pessoa amputada. Tal como já foi abordado neste estudo, o nível de amputação influenciará não só a necessidade de utilização de uma prótese, mas também a possibilidade da sua utilização dada a exigência de um dispêndio energético adicional. Para além disso, a pessoa amputada por etiologia vascular apresenta vários antecedentes pessoais associados, entre eles a Doença Cardíaca que poderá acarretar uma contra-indicação. Já o estudo de Hoshino et al. (2008) refere que as ABVD's após a alta dependem em grande parte da manutenção ou não do calcanhar aquando da cirurgia de amputação. Mencionam que cerca de 40% dos seus participantes com amputações abaixo do joelho têm de deslocar-se em cadeira de rodas e ressalvam a necessidade da adaptação do ambiente da pessoa amputada no regresso a casa.

A dor estava presente em 52% dos participantes, no momento da entrevista (antes da alta). Contudo a dor não mostrou estar relacionada com a capacidade funcional da pessoa,

talvez por ser um sintoma frequente relacionado com o pós-operatório, com o processo de adaptação, posicionamento do membro amputado sendo que, em alguns casos, a dor existente é crónica. Outros autores descrevem a dor como um sintoma frequente neste tipo de doentes com valores muito semelhantes ao encontrado no nosso estudo (Durovic et al., 2007, Machado Vaz et al., 2012). O controlo da dor é de facto um aspeto a ter em conta nesta população, até porque esta já é frequente no pré-operatório. Daí a importância da sua avaliação e controlo, para melhorar o bem-estar e a mobilidade pré e pós cirurgia ou mesmo a sua motivação para um programa de reabilitação.

Nesta investigação verificamos que as ABVD's que se encontraram mais comprometidas aquando da alta hospitalar foram o tomar banho, o vestir-se, a transferência entre cama e cadeira, o subir e descer escadas, o andar/marcha ou deslocar-se e ir à casa de banho. Todas estas atividades estão intimamente dependentes da mobilidade apresentada pela pessoa e vemos assim que a perda do membro inferior, ou de uma parte dele, poderá acarretar estas limitações para a sua concretização. Algo que temos em consideração, apesar de não ter sido avaliado neste estudo e que poderá influenciar o comprometimento observado nos autocuidados, é a alteração do equilíbrio sentida essencialmente quando se trata de uma amputação *major*. No estudo de Shoppen et al. (2003) o equilíbrio em pé no membro não afetado mostrou ser um fator preditivo da funcionalidade da pessoa, daí nos merecer atenção na abordagem desta população.

Estando as ABVD's relacionadas com a mobilidade da pessoa, decidimos verificar como se distribui essa dependência tendo em consideração os níveis de amputação. No momento da alta hospitalar, 80% das pessoas com amputação transtibial e 94,73% das pessoas com amputações *major* deslocam-se em cadeira de rodas, com ou sem assistência. No segundo momento de avaliação, as pessoas com amputações *major* mantêm esta dependência no andar/marcha ou deslocar-se, já as pessoas com amputação transtibial, apresentaram uma melhoria. Os participantes com amputação de dedos são, como seria de esperar, os que apresentam menor comprometimento das ABVD's. Hoshino et al. (2008) e Suckow et al. (2012) verificaram que os níveis de amputação influenciam a dependência na marcha/deslocação da pessoa amputada. Estes autores verificaram que pessoas com amputação acima do joelho deslocavam-se em cadeira de rodas ou estavam confinados ao leito. Já as pessoas com amputações com preservação do calcâneo ou de dedo maioritariamente deambulavam com ou sem ajuda. Tal como no presente trabalho, as pessoas com amputação de dedos foram as que apresentaram menor comprometimento desta ABVD.

Um mês após a alta hospitalar verificamos que houve uma diminuição dos números de participantes que não são capazes ou precisam de ajuda para a concretização das ABVD's.

Apuramos que o género (feminino), a idade (avançada) e os níveis de amputação mais proximais condicionaram negativamente a capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior.

É importante refletir se estará a pessoa amputada e a sua família preparada para as mudanças que decorrerão desta deficiência adquirida. Tendo em consideração o regulamento de competências específicas do enfermeiro de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4), este “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”. A amputação acarretará modificações nas ABVD's da pessoa (como já foi demonstrado), sendo necessário alterações para a reinserção no seu ambiente familiar e social. É assim fundamental a presença do enfermeiro especialista de reabilitação, que poderá ensinar, instruir e treinar a pessoa mesmo antes da amputação (quando este ato cirúrgico é inevitável) a realizar as suas ABVD's como por exemplo, o andar com uma ajuda técnica, as transferências e os posicionamentos sem utilizar o membro que será amputado. Segundo Machado Vaz et al. (2012) a avaliação pré-operatória e a integração precoce num programa de reabilitação podem ser adequadas para diminuir o impacto da incapacidade e melhorar o prognóstico funcional e a qualidade de vida desta população, e deve ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde que lidam com a pessoa amputada.

Verificamos que as ABVD's mais comprometidas foram as relacionadas com a mobilidade. Também a *Clinical practice guideline for the rehabilitation of lower limb amputation* (Department of Veterans Affairs Department of Defense, 2008) faz a recomendação de que o programa de reabilitação deve incluir o treino das ABVD's nomeadamente o vestir, a alimentação, a higiene, o tomar banho e utilização do sanitário. As ABVD's mais comprometidas no momento da alta deverão ser tidas como focos de atenção no plano de cuidados elaborado. Os cuidados de reabilitação devem contemplar também exercícios de fortalecimento muscular (membros superiores e membro inferior), posicionamentos corretos do coto de amputação (para prevenção de algumas complicações, tal como as contraturas) e as transferências. Uma das estratégias que pode ser adotada de modo a facilitar este processo é proporcionar o contacto da pessoa recém amputada com outros amputados adaptados à sua condição. Devemos também identificar o familiar ou familiares de referência e integrá-los de forma participativa no programa de reabilitação. É assim, importante abordar alguns temas com a família nomeadamente a realização das ABVD's, aquisição de produtos de apoio e a preparação do ambiente

(eliminação de barreiras arquitetónicas). Reconhecemos que a avaliação inicial realizada aquando do internamento incorpora alguns aspetos relacionados com o ambiente do utente, nomeadamente quanto ao tipo de habitação, quanto à presença de escadas, entre outros. Consideramos de máxima importância a valorização desta colheita de informação para o processo clínico da pessoa.

Posto isto, seria pertinente a visita do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação ao domicílio da pessoa amputada antes da sua alta? A realização de *follow-up* contribuiria para a recuperação da pessoa amputada?

Salientamos ainda a necessidade da utilização da cadeira de rodas por parte pessoa com amputação do membro inferior. Esta é uma das questões que mais nos suscitou preocupação no momento da alta dos participantes face aos resultados, pois tal como mencionado, no nosso estudo existe um elevado número de pessoas que têm que deslocar-se em cadeira de rodas aquando da alta e no pós alta. O primeiro aspeto a considerar é a necessidade do aconselhamento do uso de uma cadeira de rodas com eixo recuado para as pessoas com alterações do equilíbrio, como no caso das pessoas com amputações *major*. Neste tipo de cadeira de rodas, a base de sustentação fica atrás da linha de gravidade para que haja equilíbrio na sua utilização. Outras ajudas técnicas também podem ser utilizadas neste processo tal como o andarilho ou as canadianas, contudo nem sempre a condição física ou clínica da pessoa o permite nestes primeiros dias pós-operatórios.

A prevenção de quedas não foi um aspeto por nós tido em atenção, contudo reconhecemos que pode desencadear um papel importante na recuperação desta população, durante o internamento e aquando do seu regresso ao domicílio. Blundell et al. (2011), elaboraram *a guidelines for the prevention of falls in lower limb amputees* onde fazem referência aos fatores de risco para quedas nesta população, sendo alguns deles a presença de cormobilidades, a idade avançada, a alteração do equilíbrio, a diminuição da força muscular, o défice na marcha, o nível de amputação, o género feminino, os antecedentes de quedas, entre outros. Alguns dos fatores referidos encontram-se presentes na nossa amostra o que demonstra a necessidade da abordagem específica da prevenção de quedas nesta população. As recomendações efetuadas são as que um programa de exercício para a pessoa amputada contemple: exercícios para treinar o equilíbrio, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de resistência (*endurance*), treino de marcha, treino de transferências, exercícios aeróbios, entre outros. Também recomendam a verificação de possíveis perigos no meio ambiente, como por exemplo má iluminação, sendo estas evidências uma recomendação de nível B. Como boa prática

adicional aconselham como se deve ensinar a pessoa a levantar-se do chão em caso de queda.

Para a avaliação funcional da pessoa com amputação do membro inferior recorremos, já como descrito, ao Índice de Barthel por se encontrar validado para a população portuguesa e já ter sido utilizado em pessoas com amputação do membro inferior. Existem outros instrumentos mais específicos para esta população, contudo dado a avaliação que efetuamos ter sido nos primeiros dias pós-operatórios, seriam alguns deles de difícil aplicação e também grande parte deles são destinados a uma avaliação pré-protésica que não foi o que nós pretendemos. Avaliando o Índice de Barthel as ABVD's, consideramos que este nos revela uma dependência nas principais necessidades sentidas pela pessoa logo após este evento crítico na sua vida. Ressalvamos a importância da avaliação da capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior, se possível logo no pré-operatório, pois permitirá ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação definir as capacidades residuais e potenciais estabelecendo assim meios, metas e parâmetros de seguimento no processo de reabilitação. A avaliação pré-operatória assume grande importância porque, tal como já foi mencionado, a pessoa com amputação do membro inferior por DAOP já apresenta um descondicionamento físico prévio decorrente desta doença crónica.

Através do IBP, calculamos a SVG da nossa amostra. Verificamos que a SVG foi de 65,2%, inferior mas próximo aos 68,92% apresentados pela população portuguesa (Pais Ribeiro e Cummins, 2008). Observamos ainda que quanto maior a dependência funcional, menor os valores obtidos com a SVG. O estudo de Ramos (2012) também avaliou a satisfação com a vida (utilizado a *Satisfaction With Life Scale* – SWLS) em pessoas amputadas e, tal como neste estudo, verificou uma associação significativa entre a satisfação com a vida e dependência funcional.

O perfil de autocuidado

O instrumento utilizado para o estudo do perfil de autocuidado não conseguiu identificar um perfil em mais de metade dos casos. Verificamos que o perfil predominante na amostra foi o formalmente guiado (18%). O perfil de autocuidado menos frequente, com apenas 6% dos participantes da amostra, foi o independente. Estes resultados não nos surpreendem, uma vez que será esperado que face a um diagnóstico grave, com indicação de amputação, a pessoa cumpra as indicações dadas. Existem alguns estudos que utilizaram o SHDE para identificação do perfil de autocuidado, contudo nenhum efetuado com

peessoas amputadas, daí não termos referência de comparação. O estudo de Rodrigues (2011), realizado num serviço de internamento hospitalar de Medicina Interna, utilizou também este instrumento e apresentou inicialmente, tal como neste estudo, mais de 50% dos casos como um perfil indefinido. Mesmo após um processo de análise mais seletiva dos casos “indefinidos”, com base em critérios já ensaiados no estudo de Sequeira (2011) o número de casos indefinidos manteve-se elevado.

Apuramos que pessoas com o perfil de autocuidado independente dominante apresentavam valores mais elevados no *score* do Índice de Barthel nos dois momentos avaliados e que o perfil de abandono obteve os valores mais baixos, em ambos os momentos. Os resultados obtidos vão ao encontro do estudo desenvolvido por Backman e Hentinen (2001) em que, as pessoas cujos perfis de autocuidado foi o tipo independente, mostravam ser mais autónomas nas ABVD's e, pelo contrário, as que apresentavam um perfil de autocuidado de abandono apresentavam maior dificuldade de concretização das suas ABVD's sem ajuda. Não conseguimos identificar qual destas variáveis é a causa e a consequência. Porém, faz-nos sentido que as características da personalidade influenciem a funcionalidade e que o contrário também possa ser verdade. Os participantes com o perfil de autocuidado formalmente guiado apresentaram uma melhoria no *score* do Índice de Barthel do primeiro momento para o segundo momento de avaliação, não tendo sido esta relação estatisticamente significativa um mês após a alta hospitalar. Esta postura de autocuidado poderá requerer ou beneficiar da ajuda de outrem. Contudo, como já foi mencionado, os resultados obtidos devem ser analisados com cautela pela forma como optamos por calcular os perfis puros ou predominantes.

Consideramos que a identificação dos perfis de autocuidado supracitados pode direcionar as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação para a pessoa amputada. Por exemplo, no perfil de autocuidado formalmente guiado, o mais frequente na nossa amostra, é caracterizado por alguma passividade e o confiar “cegamente” nos profissionais. O desejável é que a pessoa participe de forma responsável e consciente, desenvolvendo conhecimentos e capacidades para uma atitude assertiva e proativa face aos problemas de saúde (Rodrigues, 2011). Assim, capacitar a pessoa, trabalhando as características que conduzem a um perfil responsável, tornam-se num desafio para a acção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Backman e Hentinen (2001) referem que a capacidade funcional dos idosos está fortemente relacionada com o autocuidado e esta relação é de duplo sentido: capacidade funcional tem um efeito sobre o autocuidado e vice-versa.

As relações descritas apontam que o perfil para o autocuidado pode influenciar o envolvimento da pessoa na reconstrução da sua independência nas ABVD's.

Quanto à satisfação com a vida (face aos *scores* obtidos das respostas para cada perfil), os nossos resultados foram semelhantes aos obtidos por Rasanen et al. (2014) ao verificarmos uma associação positiva com o perfil de autocuidado responsável. Também encontramos uma associação negativa com o perfil de abandono. Tal como referem Backman e Hentinen (2001), estas pessoas apresentam uma baixa satisfação com vida.

Consideramos desta análise que a identificação de um perfil para cada pessoa possa induzir a intervenções mais personalizadas na conceção dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Contudo, o número elevado de casos indefinidos faz-nos refletir sobre algumas limitações que o instrumento ainda possa conter. Apreciamos, todavia, o seu contributo na identificação das características desta população com particularidades tão específicas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, pretendemos evidenciar as principais conclusões dos resultados obtidos neste estudo, apontar algumas dificuldades e limitações, assim como, fazer algumas sugestões para futuras investigações e implicações para a Enfermagem.

Com a realização do presente trabalho, propusemo-nos contribuir para um maior conhecimento sobre a capacidade funcional e o perfil de autocuidado na pessoa com amputação do membro inferior.

Os resultados obtidos demonstraram que estamos perante uma população sobretudo idosa, com vários antecedentes pessoais e com uma baixa escolaridade. Foram também identificadas as principais limitações nas ABVD's aquando da alta hospitalar da pessoa com amputação do membro inferior, que foram: o tomar banho, o vestir-se, o subir e descer escadas, o andar/marcha ou deslocar-se e o ir à casa de banho. Como já foi mencionado, as ABVD's mais comprometidas requerem uma adequada mobilidade para serem concretizadas de forma independente. No momento da alta hospitalar, ficamos preocupados com o número de participantes que precisam da cadeira de rodas para se deslocarem sozinhos ou com assistência. Um mês após a alta hospitalar houve uma melhoria dos resultados da capacidade funcional da pessoa amputada, sendo que as ABVD's que se mantiveram mais comprometidas foram o tomar banho, o andar/marcha ou deslocar-se e o subir e descer escadas.

Verificamos que o perfil de autocuidado formalmente guiado foi o mais frequente na amostra o que nos leva a considerar que estamos perante uma população que apresenta um comportamento passivo no seu autocuidado, que cumprem as orientações dadas pelos profissionais de saúde, sem as questionar. Todavia, analisamos também que existiu um elevado número de casos em que não conseguimos conhecer um perfil definido.

No que diz respeito aos fatores que influenciam a capacidade funcional, este estudo permitiu constatar que o género feminino, a idade avançada e os níveis de amputação mais proximais estão associados a um pior desempenho funcional. Também o perfil de autocuidado de abandono e o formalmente guiado tiveram uma associação negativa.

A satisfação com a vida da pessoa amputada foi inferior à média obtida pela população portuguesa nos estudos de Pais Ribeiro e Cummins (2008). Verificamos que o género feminino, a idade, os níveis de dependência mais elevados e os perfis de autocuidado formalmente guiado e de abandono influenciam negativamente a satisfação com a vida desta população.

Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações

No percurso realizado, deparamo-nos com algumas dificuldades e limitações para a concretização do presente trabalho. Uma das limitações identificadas foram os instrumentos de avaliação escolhidos. O instrumento de avaliação do perfil de autocuidado não permitiu definir um perfil puro ou dominante para mais de metade da nossa amostra. Consideramos o valor e o contributo deste instrumento. Todavia, deveriam ser aperfeiçoados alguns aspetos para a sua utilização na prática clínica, tal como uma diminuição dos itens, uma vez que o tempo de aplicação deste instrumento variou entre 10 a 30 minutos. Quanto à avaliação da capacidade funcional, apesar de existirem vários instrumentos mais específicos para esta população do que o Índice de Barthel, poucos se encontram validados para a população portuguesa ou são de difícil aplicação nos primeiros dias pós-operatório (dado mensurarem também aspetos relacionados com a fase protésica).

Outro dos aspetos que consideramos vulnerável na interpretação dos resultados é a informação auto relatada do Índice de Barthel um mês após a alta hospitalar. Estes dados foram colhidos por via telefone e, portanto, podem sofrer influência da interpretação da pessoa dada à baixa escolaridade apresentada pela nossa amostra.

Esperamos que mais trabalhos de investigação em enfermagem sejam desenvolvidos com a pessoa com amputação do membro inferior. Sabe-se que uma das principais alterações acarretadas por este evento é a alteração do equilíbrio. Seria pertinente o desenvolvimento de um estudo que abordasse o risco de quedas em pessoas amputadas. Deste modo, que permitisse a identificação dos principais fatores de risco e delineasse um programa de prevenção de quedas nesta população. Outra sugestão é a realização de um programa de exercícios específicos para esta população durante o período de internamento hospitalar, tal como já existe para outras patologias.

Também o tamanho amostral conseguido, trouxe-nos limitações na análise dos dados. Seria interessante evoluir para uma análise preditiva das variáveis que melhor explicam a satisfação com a vida.

Implicações para a área de especialização em enfermagem de reabilitação

A amputação do membro inferior continua a ser uma realidade nos nossos dias, apesar dos avanços das mais recentes técnicas de revascularização. Esta é e deve ser uma população considerada como foco de atenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, pois, tal como foi demonstrado, a sua capacidade encontra-se comprometida para a realização das ABVD's. Perante os resultados obtidos, consideramos a primazia de uma avaliação o mais precoce possível da pessoa, se possível no pré-operatório, das suas capacidades, expectativas e medos, devendo este seguimento continuar para além da alta. Através dos fatores identificados que podem condicionar o desempenho da capacidade funcional, julgamos que estes devem ser tidos em atenção para o reconhecimento das pessoas mais vulneráveis a uma maior dependência funcional. É necessário ter presente *“que cada doente/ família é única, com a sua cultura, valores, crenças, atitudes, objetivos e prioridades. A forma como a deficiência os afeta depende de vários fatores e varia de pessoa para pessoa”* (Pereira, 2012).

Identificamos as ABVD's mais comprometidas aquando da alta hospitalar da pessoa amputada e julgamos que o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação as deva valorizar mais atentamente. Devem, deste modo, ser criadas e adotadas estratégias adaptativas específicas às condições físicas, sociais e habitacionais de cada pessoa.

A tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação baseia-se: *“na conceção, implementação, monitorização e avaliação dos planos de reabilitação diferenciados, baseados na identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo no âmbito da funcionalidade”* (Regulamento n.º 350/2015). Todo o processo deve ser pensado e planeado com a pessoa e família. O programa de reabilitação deve iniciar-se o mais precocemente possível.

O papel da enfermagem de reabilitação com a pessoa amputada assume grande importância e, tal como refere Pereira (2012, p.111) *“o conseguir retomar as atividades de vida diárias, as funções e os papéis, apesar de alguns terem de ser adaptados, permite-lhes ter esperança no futuro, criar novos objetivos e aumentar a sua auto-estima”*.

Esperamos que as características e resultados apresentados possam constituir um contributo para a prática clínica e para o desenvolvimento de outros estudos com a pessoa amputada.

Face aos resultados deste estudo, nomeadamente no domínio da enfermagem de Reabilitação, urge o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem mais efetivas na promoção da independência nos diferentes autocuidados, contribuindo desta forma, para uma redução do impacto da amputação nas atividades do autocuidado e numa maior satisfação com a vida da pessoa amputada em todos os domínios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMAD, N., et al. Lower limb amputation in England: prevalence, regional variation and relationship with revascularisation, deprivation and risk factors. A retrospective review of hospital data. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2014, vol. 107, nº12, pp. 483-489.
doi: 10.1177/0141076814557301

AMTMANN, D., et al. Health-Related Profiles of People with Lower Limb Loss. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2015, vol. 96, nº8, pp. 1474-1483.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.03.024>

ARAÚJO, F., et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2007, vol. 25, nº2, p.59-66.

ARONOW, W. Office Management of Peripheral Arterial Disease. *The American Journal of Medicine*, 2010, vol. 123, nº 9, pp. 790-792.
doi:10.1016/j.amjmed.2010.03.01

BACKMAN, K., HENTINEN, M. Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2001, vol. 15, nº3, pp. 195-202.

BACKMAN, K., HENTINEN, M. Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, vol.30, nº3, pp. 564-572.

BLUNDELL, R., et al. Guidelines for the prevention of falls in lower limb amputees. [Em linha]. 2011. [consult. 2016-07-01]. Disponível em
<http://bacpar.csp.org.uk/publications/guidance-falls-prevention-lower-limb-amputees>

BOULDIN, E., et al. Weight Change Trajectories After Incident Lower-Limb Amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2016, vol. 97, nº1, pp. 1-7. e 1.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.09.017>

BRITO, A. *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: uma teoria explicativa*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de Doutoramento.

BROWNRIGG, J., et al. Evidence-based Management of PAD & the Diabetic Foot. *European Journal of Vascular And Endovascular Surgery*, 2013, vol. 45, nº 6, pp. 673-681.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2013.02.014>

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. *Classificação internacional para prática de enfermagem CIPE: Versão 2013*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015.

CONTE, M., et al. Society of Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: Management of asymptomatic disease and claudication. *Journal Vascular Surgery*, 2015, vol. 61 , nº3, pp. 2S- 41S e 1.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2014.12.009>

COUTURE, M., DESROSIERS, J. e CARON, C. Coping with a Lower Limb Amputation due to Vascular Disease in the Hospital, Rehabilitation, and Home Setting. *ISRN Rehabilitation*, 2012, vol. 2012, p. 1-9.

doi:10.5402/2012/179878

DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS DEPARTMENT OF DEFENSE. *VA/DoD Clinical Practice Guideline for Rehabilitation of lower limb amputation* [Em linha]. 2008. [consult. 2016-07-01]. Disponível em: http://www.healthquality.va.gov/amputation/amp_sum_508.pdf

DILLINGHAM, T., YACUB, J. e PEZZIN, L. Determinants of Postacute Care Discharge Destination After Dysvascular Lower Limb Amputation. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2011, vol.3, nº4, pp. 336-344.

DILLINGHAM, T., PEZZIN, L. e SHORE, A. Reamputation, Mortality, and Health Care Costs Among Persons with Dysvascular Lower-Limb Amputations. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 2005, vol. 86, nº3, pp. 480- 486.
doi:10.1016/j.apmr.2004.06.072

DUQUE, H. *O doente dependente no autocuidado: estudo sobre a avaliação e ação profissional dos enfermeiros*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2009. Tese de Mestrado.

DUROVIC, A., et al. Pain, functional status, social functional and conditions of habitation in elderly unilateral lower limb amputees. *Vojnosanitetski Pregled*, 2007, vol. 64, nº 12, pp. 837-843.

EVARISTO, A. *O perfil de autocuidado dos clientes hemodialisados: influência no sucesso da gestão do regime terapêutico*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Tese de Mestrado.

FEDERMAN, D. e KRAVETZ, J. Peripheral arterial disease: diagnosis, treatment and systemic implications. *Clinics in Dermatology*, 2007, vol. 25, nº1, pp. 93-100.
doi:10.1016/j.clindermatol.2006.09.006

FLEURY, A., SALIH, S. e PEEL, N. Rehabilitation of the older vascular amputee: A review of the literature. *Geriatrics Gerontology International*, 2013, vol.13, nº2, pp. 264-673.
doi: 10.1111/ggi.12016

FORTIN, M. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 5ª ed. Loures: Lusociência. 2009. ISBN: 978-972-8383-10-7.

HOSHINO, J., et al. Changes in the activities of daily living (ADL) in relation to the level of amputation of patients undergoing lower extremity amputation for arteriosclerosis obliterans (ASO). *Circulation Journal*, 2008, vol. 72, nº9, p. 1495-1498.

INTERNATIONAL SELF CARE FOUNDATION. What is self-care? [Em linha]. 2016. [consult. 2016-06-02]. Disponível em: <http://http://isfglobal.org/what-is-self-care/>

LEITE, L. *A avaliação da tipologia de autocuidado em clientes com doença pulmonar obstrutiva crónica*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Tese de Mestrado.

LOBO, A e PEREIRA A. Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista de Enfermagem Referência*, 2007; II. ª Série, nº4, pp. 61-68.

LOPES, F. e BRITO, L. Fatores associados ao estado funcional de idosos com amputação por diabetes. *Revista Baiana*, 2009, vol. 33, nº 3, pp. 402-415.

MACHADO VAZ, I., et al. Caracterização Psicossocial de uma População Portuguesa de Amputados do Membro Inferior. *Acta Médica Portuguesa*, 2012, vol. 25, nº 2, pp. 77-82.

MAHONEY, E., et al. Vascular Hospitalization Rates and Costs in Patients with Peripheral Artery Disease in the United States. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2010, vol. 3, nº6, pp.642-651.

doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.930735

MARSHALL, C. e STANSBY C. Amputation and rehabilitation. *Vascular Surgery II*, 2010, vol. 28 nº2, pp. 284-287.

MATHEUS, M. e PINHO, F. Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou da amputação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2006, vol. 19, nº1, pp. 49-55.

MCDERMOTT, M., et al. Baseline Functional Performance Predicts the Rate of Mobility Loss in Persons With Peripheral Arterial Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 2007, vol. 50, nº10, pp. 976-982.

doi:10.1016/j.jacc.2007.05.03

MENEZES, J., et al. Estudo da Prevalência da Doença Arterial Periférica em Portugal. *Angiologia e Cirurgia Vascular*, 2009, vol. 5, nº2, pp. 59-68.

MILLER, J., et al. The too few toes principle: A formula for limb-sparing low-level amputation planning. *Wound Medicine*, 2014, vol. 4, pp. 37-41.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.wndm.2014.02.001>

MORBI, A. e SHEARMAN, C. Medical management of risk factors for vascular disease. *Vascular Surgery I*, 2015, vol. 33, nº7, pp. 302 – 307.

MOTA, L. *O perfil de autocuidado dos clientes: Exploração da sua influência no sucesso após transplante hepático*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. Tese de Mestrado.

NORGREN, L., et al. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Journal of Vascular Surgery*, 2007, vol. 45, nº7, pp. S5-S67.
doi:10.1016/j.jvs.2006.12.037

OMS. *Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Direção Geral da Saúde, 2004. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: OE, 2010.

OREM, D. *Nursing: Concepts of practice*. 6ª ed. St. Louis: Mosby Year Book, 2001. ISBN 32300864X

OSINBOWALE, O. e MILANI, R. Benefits of Exercise Therapy in Peripheral Arterial Disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 2011, vol. 53, nº6, pp. 447 – 453.
doi:10.1016/j.pcad.2011.03.005

PAIS RIBEIRO, J. e CUMMINS, R. O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In: *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*, Lisboa: ISPA, 2008, pp. 505-508.

PANTERA, E., et al. Patient education after amputation: Systematic review and experts' opinions. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2014, vol.57, nº3, pp. 143-158.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.02.001>

PEREIRA, V. *Doente submetido a amputação do membro inferior – o enfermeiro de reabilitação no processo de transição*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Tese de Mestrado.

PESTANA, M; GAGEIRO, J. *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. 4ª ed. Lisboa, Sílabo. 2005. ISBN: 978-972-618-775-2

RAMOS, C. *Dependência Funcional, Morbilidade Psicológica, Sintomatologia Traumática, Coping e Satisfação com a Vida em Amputados do Membro Inferior*. Escola de Psicologia, Universidade do Minho, 2012. Tese de Mestrado.

RÄSÄNEN, P., et al. Factors associated with the self-care of home-dwelling older people. *Journal of Nursing and Practice*, 2014, vol. 4, nº8, pp. 90-96.

RÄSÄNEN, P., BACKMAN, K., KYNGÄS, H. Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2007, vol. 21, nº3, pp. 397-405

REGULAMENTO N.º 350/2015. D.R. / 2.ª Série. Nº 119 (15-06-22), pp. 16655-16660.

ROBINSON, V. et al. Major lower limb amputation – what, why and how to achieve the best results. *Orthopaedics and Trauma*, 2010, vol. 24, nº4, pp. 276-285.

RODRIGUES, L. *O perfil de autocuidado como factor potencialmente condicionador das transições dos clientes: um estudo exploratório*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. Tese de Mestrado.

ROLIM, D., et al. Mortalidade depois da amputação. *Angiologia e Cirurgia Vascular*, 2015, vol. 11, nº3, pp. 166-170.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ancv.2015.06.001>

SAMPAIO, R. e LUZ, M. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2009, vol.25, nº3, pp. 475-483.

SENRA, H., et al. Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation*, 2011, vol.26, nº2, pp. 180-191.

doi: 10.1177/0269215511410731

SEQUEIRA, E. *Os perfis de Autocuidado dos clientes dependentes: Estudo exploratório numa unidade de saúde familiar*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. Tese de Mestrado.

SEQUEIRA, F. e MARTINS, A. Amputações de membros efetuadas nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde nos anos de 1990 a 1993. *Acta Médica Portuguesa*, 1996, nº 9, pp. 207-210.

SERRANO HERNANDO, F. e MARTIN CONEJERO, A. Peripheral Artery Disease: Pathophysiology, Diagnosis and treatment. *Revista Española de Cardiologia*, 2007, vol. 60, nº9, pp. 969-982.

SHISHEHBOR, M. The Importance of Functional Status in the Management of Peripheral Arterial Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 2011, vol. 57, nº23, pp.2365-2367.

doi:10.1016/j.jacc.2010.12.037

SHOPPEN, T., et al. Physical, Mental, and Social Predictors of Functional Outcome in Unilateral Lower-Limb Amputees. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2003, vol. 84, nº6, pp. 803-811.

doi:10.1016/S0003-9993(02)04952-3

SILVA, I., et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2009, vol. 43, nº3, pp. 697-703.

SPRINGER, B., et al. Normative values for the unipedal stance test with eyes open and closed. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 2007, vol. 30, nº1, p. 8-15.

STEHOUWER, C., et al. Reprint of: Peripheral arterial disease: A growing problem for the internist. *European Journal of Internal Medicine*, 2011, vol. 20, nº2, pp. 132-138.

doi:10.1016/j.ejim.2011.08.004

SUCKOW, B., et al. Predicting functional status following amputation after lower extremity bypass. *Annals of Vascular Surgery Inc.*, 2012, vol. 26, nº1, pp. 67-78.

doi: 10.1016/j.avsg.2011.07.014.

V. ESPINOZA, M. e S. GARCÍA, D. Niveles de amputación en extremidades inferiores: repercusión en el futuro del paciente. *Revista Medica Clínica Las Condes*. 2014, vol. 25, nº2, pp. 276-280.

doi:10.1016/S0716-8640(14)70038-0

VILELAS, J. *Investigação: O processo de Construção do Conhecimento*. 1ª ed. Lisboa, Sílabo. 2009. ISBN 978-972-618557-4.

VITOR, A., LOPES, M., ARAÚJO, T. Teoria do défice de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2010, vol. 14, nº3, pp. 611-616.

VOGEL, T., PETROSKI, G. e KRUSE, R. Impact of amputation level and comorbidities on functional status of nursing home residents after lower extremity amputation. *Journal of Vascular Surgery*, 2014, vol. 59, nº5, pp. 1323- 1230.e1.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2013.11.076>

WEZENBERG, D., et al. Peak Oxygen Consumption in Older Adults With a Lower Limb Amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2012, vol. 93, nº11, pp. 1924-1929. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.05.020>

WHO. Self-care in the context of primary health care. Bangkok: World Health Organization - Regional Office for South-East Asia, 2009.

ZELEZNIK, D. *Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia*. Faculty of Medicine of the University of Oulu, 2007. Academic dissertation.

ZIEGLER-GRAHAM, K., et al. Estimating the Prevalence of limb loss in the United States: 2005 to 2050. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*. 2008, vol. 89, nº3, pp. 422-429.

doi:10.1016/j.apmr.2007.11.005

ANEXOS

ANEXO I – Informação ao participante sobre o estudo

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Recomendamos que antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve saber o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que irão ser utilizados, os possíveis riscos e os benefícios esperados. Pedimos que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender.

Eu, Ana Carolina Silva Aranda André, a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretendo desenvolver um estudo de investigação sobre “A capacidade funcional e perfis de autocuidado na pessoa com amputação do membro inferior por etiologia vascular”. Este estudo tem por objetivo geral compreender a relação entre a capacidade funcional e o perfil de autocuidado na pessoa com amputação do membro inferior e perceber no domínio do autocuidado quais as maiores dificuldades com que se deparam no pós alta.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai ser-lhe solicitada a realização de uma entrevista durante o seu internamento, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo para o preenchimento de um formulário. A entrevista terá a duração de aproximadamente 10 a 15 minutos. Será ainda solicitado a sua futura colaboração no preenchimento de um formulário por via telefone, um mês após a sua alta hospitalar. Pode optar por apenas colaborar na primeira fase do estudo. No entanto, se concordar em participar nesta segunda fase deverá ceder o seu contacto telefónico. Prevemos que a entrevista por telefone tenha uma duração aproximadamente de 5 a 10 minutos.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: O estudo apenas envolve responder a um formulário e não inclui qualquer ato ou avaliação física. As perguntas baseiam-se na sua perceção sobre a capacidade para desenvolver atividades de vida diária, algumas básicas como comer ou deslocar-se. Assim, não existem riscos nem inconvenientes para os participantes do estudo. Não se preveem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir uma melhor compreensão da condição de saúde de cada participante e uma melhor orientação para os problemas detetados.

CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Deverá utilizar o tempo necessário para refletir sobre esta decisão, assim como pode ouvir a opinião de familiares e/ou amigos. Se decidir não integrar o estudo, receberá todos os cuidados clínicos necessários à sua condição de saúde. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização por este facto. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação atual ou futura com a enfermeira.

ANEXO II – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE



PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Istambul 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seoul 2008; Portofino 2013)

Designação do Estudo (em português)

A capacidade funcional e perfis de autocuidado na pessoa com amputação do membro inferior por etiologia vascular

Confirmando que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: ☐ Não ☒ Sim (Nº de páginas 2)

O Investigador responsável

Nome: Ana Carolina Silva Aranda André

legível

assinatura

Identificação do participante

Nome: _____

BI/ CC nº: _____

Participante/ Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: ____/____/____

assinatura

Nome (Pais/Representante legal): _____

BI/ CC nº: _____

Grau de parentesco: _____

Data: ____/____/____

assinatura

ANEXO III – Formulário de caracterização da amostra

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

Nº DE IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA: ____/____/____

CONTACTO TELEFÓNICO (FACULTATIVO): _____

Dados sociodemográficos

| | |
|---|--|
| 1. Género: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 2. Idade _____ anos |
| 4. Condição laboral: Empregada(o) no ativo <input type="checkbox"/> Empregada(o) não ativo <input type="checkbox"/> Desempregada(o) <input type="checkbox"/> Incapacidade permanente para o trabalho <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Tarefas domésticas <input type="checkbox"/> | 3. Escolaridade: _____ anos completos 5. Agregado familiar: Sozinho <input type="checkbox"/> Conjugue/Companheira(o) <input type="checkbox"/> Conjugue/Companheira(o)/Filhas(os) <input type="checkbox"/> Filhas(os) <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Outro familiar <input type="checkbox"/> Outro não familiar <input type="checkbox"/> Institucionalizado <input type="checkbox"/> |
| 6. Caso necessite de apoio no autocuidado a quem recorre? Conjugue/Companheira(o) <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Vizinhos <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Outro familiar <input type="checkbox"/> Instituição de apoio <input type="checkbox"/> Ninguém <input type="checkbox"/> | 7. Proveniência: Domicílio <input type="checkbox"/> RNCCI <input type="checkbox"/> Lar e similares <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> 8. Destino após a alta: Domicílio <input type="checkbox"/> RNCCI <input type="checkbox"/> Lar e similares <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> |

Dados Clínicos

| | |
|---|--|
| 9. Antecedentes pessoais: Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença cardíaca <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> IRCT <input type="checkbox"/> | DAOP <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Doença Cérebro Vascular <input type="checkbox"/> Outro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> |
| 10. Nível de amputação: Amputação de dedo(s) <input type="checkbox"/> Amputação transmetatársica <input type="checkbox"/> Amputação abaixo do joelho <input type="checkbox"/> Amputação acima do joelho <input type="checkbox"/> | 11. Amputação contra lateral prévia: Ausente <input type="checkbox"/> Amputação minor <input type="checkbox"/> Amputação major <input type="checkbox"/> |
| 12. Dor: Sem dor <input type="checkbox"/> Dor fantasma <input type="checkbox"/> Dor por ferida <input type="checkbox"/> Outro tipo de dor <input type="checkbox"/> | 13. Se dor presente, intensidade _____ 14. Sensação Fantasma: Ausente <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> |
| 15. Dia pós-op amputação (alta): _____ dias | 16. Tempo de internamento _____ dias |

ANEXO IV – Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL - ALTA HOSPITALAR

Nº IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA: ____/____/____

As questões que se seguem procuram avaliar a sua capacidade funcional para realizar as atividades básicas de vida diária. Para isso, refira para cada questão, a resposta que melhor traduz a sua situação.

| Índice de Barthel | Pontuação |
|--|-----------|
| A. Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal: 1. Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho 0. Precisa de ajuda para o cuidado pessoal | |
| B. Atualmente, consegue tomar banho: 1. Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro 0. Não consegue tomar banho sozinho | |
| C. Atualmente, consegue vestir-se: 2. Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores) 1. Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar) 0. Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir | |
| D. Atualmente, consegue alimentar-se: 2. Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho 1. Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. 0. Não consegue alimentar-se sozinho | |
| E. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho? 3. Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade 2. Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) 1. Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira 0. Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio | |
| F. Atualmente, consegue subir e descer escadas 2. Consegue subir e descer escadas 1. Precisa de ajuda para subir e descer escadas 0. Não consegue subir ou descer escadas | |
| G. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se 3. Consegue andar (com ou sem bengala, andador, canadiana, etc.) 2. Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa 1. Consegue andar sozinho em cadeira de rodas 0. Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas | |
| H. Atualmente, tem controlo na função intestinal 2. Controla bem esta função 1. Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes 0. Não controla as fezes ou só evacua com ajuda de clister | |
| I. Atualmente, controla a função urinária 2. Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos 1. Perde urina acidentalmente 0. Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos | |
| J. Atualmente, consegue ir à casa de banho 2. Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho 1. Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 0. Não consegue ir à casa de banho sozinho | |
| PONTUAÇÃO FINAL | |

ÍNDICE DE BARTHEL – UM MÊS APÓS ALTA HOSPITALAR

Nº IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA: ____/____/____

As questões que se seguem procuram avaliar a sua capacidade funcional para realizar as atividades básicas de vida diária. Para isso, refira para cada questão, a resposta que melhor traduz a sua situação.

| Índice de Barthel | Pontuação |
|--|-----------|
| A. Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal: 1. Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho 0. Precisa de ajuda para o cuidado pessoal | |
| B. Atualmente, consegue tomar banho: 1. Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro 0. Não consegue tomar banho sozinho | |
| C. Atualmente, consegue vestir-se: 2. Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores) 1. Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar) 0. Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir | |
| D. Atualmente, consegue alimentar-se: 2. Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho 1. Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. 0. Não consegue alimentar-se sozinho | |
| E. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho? 3. Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade 2. Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) 1. Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira 0. Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio | |
| F. Atualmente, consegue subir e descer escadas 2. Consegue subir e descer escadas 1. Precisa de ajuda para subir e descer escadas 0. Não consegue subir ou descer escadas | |
| G. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se 3. Consegue andar (com ou sem bengala, andador, canadiana, etc.) 2. Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa 1. Consegue andar sozinho em cadeira de rodas 0. Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas | |
| H. Atualmente, tem controlo na função intestinal 2. Controla bem esta função 1. Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes 0. Não controla as fezes ou só evacua com ajuda de clister | |
| I. Atualmente, controla a função urinária 2. Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos 1. Perde urina acidentalmente 0. Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos | |
| J. Atualmente, consegue ir à casa de banho 2. Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho 1. Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 0. Não consegue ir à casa de banho sozinho | |
| PONTUAÇÃO FINAL | |

ANEXO V – Formulário de descrição dos Perfis de Autocuidado

INSTRUMENTO DE DESCRIÇÃO DOS PERFIS DE AUTOCUIDADO

Nº DE IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA: __/__/__

TIPOS DE AUTOCUIDADO

| | Discordo Totalmente | Discordo Parcialmente | Não concordo nem Discordo | Concordo Parcialmente | Concordo Totalmente |
|---|------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e dos filhos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tive uma vida de trabalho duro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fui sempre o principal sustento da minha família | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Decidi sempre tudo sobre a minha vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Há acontecimentos tristes no meu passado recente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ainda me sinto relativamente novo(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eu quero ser responsável pela minha medicação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eu conheço os meus problemas de saúde e baseo(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eu conheço bem o que me causa problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eu ainda sou capaz de cuidar de mim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Aprecio a companhia de outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| É importante para mim não ser um fardo para ninguém | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| lidar com as dificuldades | | | | | |
| Sinto que já não sirvo para nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tenho medo do futuro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO VI – Índice de Bem-estar Subjetivo

SATISFAÇÃO COM A VIDA

As perguntas seguintes questionam, numa escala de "0" a "10", o seu grau de satisfação. "0" significa que se sente totalmente insatisfeito, 10 significa que se sente totalmente satisfeito. No meio da escala está o 5 que significa neutro (nem satisfeito nem insatisfeito).

1. Qual o grau de satisfação com o seu nível de vida?

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| totalmente insatisfeito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 neutro | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | totalmente satisfeito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Qual o grau de satisfação com a sua saúde?

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| totalmente insatisfeito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 neutro | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | totalmente satisfeito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Qual o grau de satisfação com o que está a conseguir obter da vida com o seu esforço?

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| totalmente insatisfeito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 neutro | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | totalmente satisfeito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Qual o grau de satisfação com as suas relações pessoais?

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| totalmente insatisfeito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 neutro | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | totalmente satisfeito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Qual o grau de satisfação com a sua segurança (quando se desloca pelas ruas)?

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| totalmente insatisfeito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 neutro | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | totalmente satisfeito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Qual o grau de satisfação com o sentimento de pertença à sua comunidade (ao grupo de pertença de que faz parte)?

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| totalmente insatisfeito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 neutro | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | totalmente satisfeito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Qual o grau de satisfação com a segurança do seu futuro?

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| totalmente insatisfeito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 neutro | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | totalmente satisfeito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Qual o grau de satisfação com a sua vida espiritual ou com a sua religião?

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| totalmente insatisfeito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 neutro | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | totalmente satisfeito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO VII – Autorização para utilização do Índice de Barthel

Exm.. Srª Enfermeira
Ana Carolina Silva Aranda

Serve o presente documento para autorizar a utilização da versão validada do "Índice de Barthel" no estudo "A capacidade funcional e perfis de autocuidado na pessoa com amputação do membro inferior por etiologia vascular", o qual está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e para o qual lhes desejo o maior sucesso.

Com os melhores cumprimentos

Porto, 11 de janeiro, 2016



(Maria de Fátima de Araújo Lopes Elias)

ANEXO VIII – Autorização para utilização do formulário de descrição dos
Perfis de Autocuidado

Exma. Senhora
Enf. Ana Carolina Silva Aranda André

Em referência ao assunto em epígrafe, por solicitação do Professor Filipe Pereira, remete-se para conhecimento, o referido despacho:

“Face ao pedido formulado pela estudante Ana Carolina Silva Aranda André, relativo à autorização para utilizar o formulário de descrição dos Perfis de Autocuidado, traduzido para a população portuguesa por Sequeira em 2011 da versão original “Self-Care of Home Dwelling Elderly – SCHDE”,
pela minha orientação e responsabilidade, nada tenho a opor.”

Com os melhores cumprimentos,

Teresa Teixeira

(Coordenadora Técnica)

Secretariado

Email secretariado@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 00



Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Email esep@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 00

Fax +351 22 509 63 37

<http://portal.esenf.pt>

ANEXO IX – Autorização para utilização do Índice de Bem-estar
Subjetivo

Pedido de autorização para utilização do Índice de Bem-Estar Pessoal



José Luis Pais Ribeiro (jlpr@fpce.up.pt) [Adicionar aos contactos](#) 14-06-2016 ▶

Para: Carolina Andre ✉

Cara colega

autorizo o uso do Índice de Bem-Estar Pessoal.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

ANEXO X: Autorização do Conselho de Administração do CHSJ para
realização do estudo

367-15

AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

6/1/16

[Handwritten signature]



Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Ana Carolina Silva Aranda André

Título do projecto de investigação:

A capacidade funcional e perfis de autocuidado na pessoa com amputação do membro inferior por etiologia vascular

Pretendendo realizar no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 30 / Novembro / 2015

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Ana Carolina Silva Aranda André

7. SEGURO

- a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO ☐


NÃO APLICÁVEL ☒

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Ana Carolina Silva Aranda André, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 30 / Novembro / 2015

Ana Carolina Silva Aranda André
O Investigador Principal

| PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO/FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO | |
|--|---|
| emitido na reunião plenária da CES de <u>11</u> / <u>dezembro</u> / 20 <u>15</u> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação. </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  Prof. Doutor Filipe Almeida Presidente da Comissão de Ética </div> |

ANEXO XI – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do HSJ/FMUP

Comissão de Ética para a Saúde do Centro HSJ/FMUP
Parecer

Projeto de Investigação: "A capacidade funcional e perfis de autocuidado na pessoa com amputação do membro inferior por etiologia vascular".

Investigador Principal: Enfª Ana Carolina Silva Aranda André, a exercer a atividade profissional no CHSJ.

Concepção e pertinência do estudo:

Trata-se de um estudo a desenvolver no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESEP, sob orientação da Professora Doutora Teresa Martins e co-orientação do Mestre Maria Narcisa Gonçalves coorientação (Decl. Anexa).

Tem como objetivos:

- Relacionar a capacidade funcional com os atributos sociodemográficos e dados clínicos da pessoa com amputação do membro inferior;
- Comparar a capacidade funcional da pessoa com amputação do membro inferior, no momento da alta hospitalar e um mês após a alta;
- Relacionar a capacidade funcional com o perfil de autocuidado da pessoa com amputação do membro inferior.

O estudo a realizar no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, do Centro Hospitalar São João. Tem autorização do Exmo. Diretor de Serviço Dr. José Teixeira e a concordância da Exma Enfª Chefe Virgínia Pereira (declarações anexas).

A amostra será formada 50 participantes, doentes internados no serviço que foram submetidos a amputação do membro inferior por etiologia vascular.

São critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; falar e compreender Português; apresentar capacidade de compreensão e resposta para a aplicação de formulário; aceitar participar no estudo depois de devidamente informados sobre o estudo.

Para a recolha de dados a investigadora refere que irá utilizar alguns instrumentos (anexos), nomeadamente:

- Um questionário sociodemográfico;
- Índice de Barthel;
- Instrumento de descrição dos Perfis de Autocuidado.

Este estudo pressupõe um momento de avaliação a realizar no internamento, após a amputação do MI. O Índice de Barthel será aplicado a todos os doentes na véspera ou dia da alta hospitalar. O segundo momento de avaliação será efetuado um mês após a alta hospitalar por contacto telefónico e consiste na aplicação do Índice de Barthel e efetuada uma pergunta sobre quais as principais dificuldades com que se deparou após a alta hospitalar.

O estudo está delineado em concordância com os objetivos elencados, estando acautelados os procedimentos éticos.

Benefício / Risco:

Para os participantes no estudo não são apresentados quaisquer benefícios/risco imediatos.

Respeito pela liberdade e autonomia:

Está salvaguardada pelo modelo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido da CES e adequada informação ao participante.

Confidencialidade dos dados:

A proposta apresentada pela investigadora garante a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes.

Indemnização por danos

Não aplicável

Continuação do tratamento

Não aplicável.


Propriedade dos dados:

Conclusão:

Face à análise efetuada propõe-se à CES do Centro Hospitalar do São João//FMUP, um parecer favorável à realização do estudo

Porto, 11 de dezembro de 2015

O relator,


Teresa Guerreiro